

Begleitung und Auswertung der Erprobung trägerübergreifender Persönlicher Budgets: wissenschaftliche Begleitforschung zur Umsetzung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen ; Abschlussbericht

Metzler, Heidrun; Meyer, Thomas; Rauscher, Christine; Schäfers, Markus;
Wansing, Gudrun

Veröffentlichungsversion / Published Version
Abschlussbericht / final report

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Metzler, H., Meyer, T., Rauscher, C., Schäfers, M., & Wansing, G. (2007). *Begleitung und Auswertung der Erprobung trägerübergreifender Persönlicher Budgets: wissenschaftliche Begleitforschung zur Umsetzung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen ; Abschlussbericht*. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-294346>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



**Wissenschaftliche Begleitforschung zur Umsetzung des
Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Rehabilitation und
Teilhabe behinderter Menschen**

Förderkennzeichen: VKZ 040501

**Begleitung und Auswertung der Erprobung
trägerübergreifender Persönlicher Budgets**

Abschlussbericht

Juli 2007

Heidrun Metzler ■ Thomas Meyer ■ Christine Rauscher ■
Markus Schäfers ■ Gudrun Wansing

Wissenschaftliche Begleitforschung der
Modellprojekte „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“



Universität Tübingen

Z.I.E.L.

Dr. Heidrun Metzler

Christine Rauscher



Universität Dortmund

Rehabilitationssoziologie

Prof. Dr. Elisabeth Wacker

Dr. Gudrun Wansing

Markus Schäfers



PH Ludwigsburg

Fakultät für Sonderpädagogik Reutlingen

Prof. Dr. Rainer Trost

Thomas Meyer

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
Einführung	21
1 Persönliches Budget: Grundidee und rechtliche Voraussetzungen	25
1.1 Sozialpolitischer Richtungswechsel: Selbstbestimmung und Teilhabe stärken	25
1.2 Das Persönliche Budget als Steuerungsinstrument für gesellschaftliche Teilhabe	26
1.3 Rechtliche Rahmenbedingungen	28
1.3.1 Sozialgesetzbuch IX und Budgetverordnung	28
1.3.2 Verankerung in den Leistungsgesetzen	31
1.4 Stand der Umsetzung und Erfahrungen mit dem Persönlichen Budget in Deutschland	34
1.5 Fazit	37
2 Modellprojekte „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“	39
2.1 Fragestellungen der Modellerprobung	39
2.2 Modellregionen: Regionale Voraussetzungen und Projektorganisation	42
2.2.1 Die Modellregion Bayern	42
2.2.2 Die Modellregion Berlin	45
2.2.3 Die Modellregion Hessen	47
2.2.4 Die Modellregion Nordrhein-Westfalen	50
2.2.5 Die Modellregion Rheinland-Pfalz	52
2.2.6 Die Modellregion Sachsen-Anhalt	54
2.2.7 Die Modellregion Schleswig-Holstein	54
2.2.8 Die Modellregion Thüringen	56
2.3 Konzeption der wissenschaftlichen Begleitung	57
2.3.1 Untersuchungsansatz	57
2.3.2 Untersuchungsphasen und Arbeitsaufgaben	58
2.4 Methoden der Datenerhebung und -analyse	61
2.4.1 Dokumentation von Budgetbeantragungen und -bewilligungen	61
2.4.2 Befragung der Budgetnehmer/innen	62
2.4.3 Leitfadengestützte Interviews mit den Leistungsträgern	64
2.4.4 Schriftliche Befragung von Leistungsanbietern	65
2.4.5 Schriftliche Befragung von gesetzlichen Betreuer/innen	65
2.4.6 Analyse der Zielvereinbarungen	65
2.4.7 Verfahren der Datenanalyse	66
2.5 Praktische Untersuchungsdurchführung und vorliegende Datenbasis	66
2.5.1 Dokumentation	66
2.5.2 Budgetnehmer-Befragungen	67
2.5.3 Interviews mit den Leistungsträgern	71
2.5.4 Befragung der Leistungsanbieter	72
2.5.5 Befragung der gesetzlichen Betreuer/innen	74
2.5.6 Analyse der Zielvereinbarungen	74

3	Bewilligte Budgets und Personenkreis der Budgetnehmer/innen	77
3.1	Anzahl bewilligter Budgets	77
3.2	Personenkreis der Budgetnehmer/innen	81
3.3	Beteiligte Leistungsträger und bewilligte Leistungen	89
3.4	Trägerübergreifende Persönliche Budgets	93
3.5	Leistungsbezug vor dem Persönlichen Budget und budgetbegleitende (Sach-)Leistungen ..	100
3.6	Höhe der Persönlichen Budgets	105
3.7	Charakteristika nicht-realisierten und eingestellter Budgets.....	112
3.8	Diskussion und Fazit	116
4	Verwaltungsrelevante Fragestellungen	121
4.1	Gestaltung der Verwaltungsverfahren	121
4.1.1	Dauer der Bearbeitung von Budgetanträgen	123
4.1.2	Fallbezogene Bearbeitungsschritte	126
4.2	Verfahren der Bedarfsfeststellung	134
4.2.1	Prozesse der Bedarfsfeststellung.....	134
4.2.2	Inhaltliche Aspekte der Bedarfsfeststellung	137
4.3	Konzepte der Budgetbemessung.....	141
4.4	Gestaltung von Zielvereinbarungen	146
4.4.1	Ausrichtung individueller Förder- und Leistungsziele.....	147
4.4.2	„Nachweis für die Deckung des festgestellten individuellen Bedarfs“	149
4.4.3	Qualitätssicherung.....	150
4.4.4	Weitere Regelungsinhalte	151
4.5	Diskussion und Fazit	153
5	Budgetberatung und -unterstützung („Budgetassistenz“)	157
5.1	Bedarf an Budgetberatung und -unterstützung.....	157
5.2	Unabhängige Angebote der Budgetberatung und -unterstützung	167
5.3	Budgetberatung und -unterstützung durch gesetzliche Betreuer/innen	169
5.4	Diskussion und Fazit	173
6	Das Persönliche Budget und seine Nutzung im Kontext bestehender Versorgungsstrukturen	177
6.1	Angebotsstrukturen in den Modellregionen	178
6.1.1	Die Modellregion Berlin	179
6.1.2	Die Modellregion Bayern	183
6.1.3	Die Modellregion Hessen	186
6.2	Die Nutzung Persönlicher Budgets – Ergebnisse der Budgetnehmerbefragung.....	189
6.2.1	Organisation der Unterstützung und Gestaltung der Budgetverwendung	189
6.2.2	Art und Inhalt der Unterstützung	192
6.2.3	Weitere Unterstützung neben dem Persönlichen Budget	194
6.2.4	Rekrutierung der unterstützenden Personen, Dienste und Einrichtungen.....	195
6.2.5	Zufriedenheit der Budgetnehmer/innen mit den Leistungserbringern.....	197
6.3	Beteiligung von Leistungsanbietern am Projekt/ Einstellung von Leistungsanbietern.....	197
6.3.1	Informationsstand und Informationstätigkeit zum Persönlichen Budget	197
6.3.2	Anfragen zum Persönlichen Budget.....	198
6.3.3	Leistungserbringung im Rahmen Persönlicher Budgets.....	199
6.4	Diskussion und Fazit	205

7 Das Persönliche Budget in der Lebenswelt der Budgetnehmer/innen: Motive, Funktionen und Wirkungen.....	209
7.1 Motive und Funktionen.....	210
7.2 Veränderungen im Leben der Budgetnehmer/innen.....	214
7.3 Zufriedenheit mit dem Persönlichen Budget.....	218
7.4 Budgetbeispiele.....	222
7.4.1 „...dass ich dann auch nur eine Ansprechperson habe“ – Erleichterungen durch das trägerübergreifende Persönliche Budget	222
7.4.2 „... um am sozialen Leben überhaupt wieder teilzunehmen“ – Mobilität mit dem eigenen Auto	226
7.4.3 „Ein bisschen mehr Selbstbewusstsein, was man sonst verliert“ – Sich mit dem Budget Angehörigen gegenüber erkenntlich zeigen.....	228
7.4.4 „Auf keinen Fall in die Werkstatt“ – Persönliches Budget für berufliche Bildung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.....	229
7.4.5 „Die fanden das so überraschend, dass man darauf kommen kann“ – Mehr Orientierung mit einem Navigationsgerät.....	231
7.4.6 „Dann muss man das so machen, dass wir uns sicher fühlen“ – Unsicherheiten bei Menschen mit Lernschwierigkeiten	235
7.5 Fazit.....	237
8 Modellprojekte „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“: Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen.....	239
8.1 Zugang zum Persönlichen Budget.....	240
8.2 Budgetgeeignete Leistungen und trägerübergreifende Kooperation	242
8.3 Gestaltung der Verwaltungsverfahren	246
Abbildungsverzeichnis	251
Tabellenverzeichnis	253
Literatur	257
Internetquellen.....	259

Zusammenfassung

Kaum eine Entwicklung hat die Diskussion um Angebote und Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderung in den letzten Jahren so geprägt wie die Einführung des Persönlichen Budgets. Insbesondere im Hinblick auf eine bundesweite Umsetzung Persönlicher Budgets wird diskutiert, welche Anforderungen an die Leistungsträger und welche Wirkungen auf die Angebotsstruktur sowie auf die Lebenswelt der Nutzerinnen und Nutzer zu erwarten sind.

Vor diesem Hintergrund ist das im Jahr 2004 vom damaligen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (jetzt Bundesministerium für Arbeit und Soziales) initiierte Modellvorhaben zu sehen, im Rahmen dessen (trägerübergreifende) Persönliche Budgets in acht ausgewählten Modellregionen umgesetzt und erprobt werden sollten. Mit der wissenschaftlichen Begleitung dieser Modellprojekte wurde ein Forschungsverbund, bestehend aus den Universitäten Tübingen (Z.I.E.L.) und Dortmund (Rehabilitationssoziologie) sowie der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg (Fakultät für Sonderpädagogik in Reutlingen), beauftragt. Die Ergebnisse liegen nun mit Abschluss des Projekts im Juni 2007 vor und werden im Folgenden zusammenfassend vorgestellt.

Modellprojekte „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“

Die Einführung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) – „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ – intendiert u.a. die Partizipation der Leistungsberechtigten durch eine Stärkung ihres Wunsch- und Wahlrechtes bei der Entscheidung über sowie bei der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe. Damit einhergehend sollen gewachsene Leistungsstrukturen (insbesondere der Eingliederungshilfe) weiterentwickelt sowie der Grundsatz „ambulant vor stationär“ stärker verfolgt werden. Im Zuge dieses sozialpolitischen Richtungswechsels wurde auch die gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, dass Menschen mit Behinderung Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets in Anspruch nehmen können. Persönliche Budgets können dabei als sog. Komplexleistung gestaltet werden, an der verschiedene Leistungs- oder Rehabilitationsträger beteiligt sind (trägerübergreifende Persönliche Budgets). Eine solche Leistung „aus einer Hand“ hat für den Leistungsberechtigten beispielsweise den Vorteil, dass er im gesamtenungsverfahren nur noch einen Ansprechpartner hat. In welchem Umfang und von welchen Personen das (trägerübergreifende) Persönliche Budget nachgefragt wird und wie es sich umsetzen und gestalten lässt, wurde im Zeitraum von Oktober 2004 bis Juni 2007 in folgenden Modellregionen bundesweit erprobt:

- Bayern (Bezirk Mittelfranken und Stadt München/Bezirk Oberbayern)
- Berlin (Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg und andere Bezirke)
- Hessen (Landkreise Groß-Gerau und Marburg-Biedenkopf)
- Nordrhein-Westfalen (Stadt Bielefeld und Stadt Düsseldorf)
- Rheinland-Pfalz (Landkreise Bernkastel-Wittlich und Trier-Saarburg, Stadt Trier)
- Sachsen-Anhalt (Stadt Magdeburg und andere Städte/Landkreise)

- Schleswig-Holstein (Kreise Schleswig-Flensburg und Segeberg)
- Thüringen (Stadt Gera)

Die wissenschaftliche Begleitforschung übernimmt im Modellzeitraum sowohl Aufgaben einer projektbegleitenden Beratung der Modellregionen („formative Evaluation“) als auch der Beschreibung und Bewertung der Wirkungen Persönlicher Budgets („summative Evaluation“). Übergeordnetes Ziel ist es, förderliche und hinderliche Bedingungen für die Umsetzung Persönlicher Budgets zu identifizieren und hieraus praxisnah Handlungsempfehlungen für den Gesetzgeber, die Leistungsträger und Leistungserbringer abzuleiten. Insgesamt müssen dabei verschiedene Ebenen beleuchtet und unterschiedliche Akteure in den Blick genommen werden:

- Auf der Ebene der Leistungsträger geht es im Wesentlichen um verwaltungsbezogene Fragestellungen (z.B. Antragsverfahren, Bedarfsfeststellung, Budgetbemessung, Gestaltung von Zielvereinbarungen).
- Auf der Ebene der Leistungserbringer sollen insbesondere Entwicklungen der Angebotsstrukturen in den Modellregionen untersucht werden.
- Auf der Ebene der Budgetnehmer/innen interessieren Motive der Antragstellung sowie die Wirkungen Persönlicher Budgets auf ihre Lebensführung. Neben inhaltlichen und organisatorischen Aspekten der Unterstützung geht es dabei vor allem um die Zielperspektiven Selbstbestimmung und Teilhabe.

Diese umfassenden Fragestellungen sowie der Einbezug unterschiedlicher Akteure in die Begleitforschung erfordern ein multiperspektivisches methodisches Design. Zur Datenerhebung werden sowohl quantitative als auch qualitative Verfahren eingesetzt. Im Wesentlichen stützt sich die Datengewinnung auf sechs verschiedene Erhebungsinstrumente und -verfahren:

- Bestandsaufnahme und Auswertung von Budgetanträgen und -bewilligungen durch standardisierte Dokumentationsformulare bei den beauftragten Leistungsträgern,
- Erst- und Wiederholungsbefragung der Budgetnehmer/innen oder ihres sozialen Umfeldes durch „Face-to-Face“-Interviews, telefonische Interviews und schriftliche Befragungen,
- Expertengespräche mit den Leistungsträgern in Form leitfadengestützter Interviews,
- schriftliche Befragung von Leistungsanbietern,
- schriftliche Befragung von gesetzlichen Betreuer/innen,
- Analyse der Zielvereinbarungen in Form einer Dokumentenanalyse.

Bewilligte Budgets und Personenkreis der Budgetnehmer/innen

Bis zum Ende der Datenerfassung (Mai 2007) konnten insgesamt 494 Persönliche Budgets in den Modellregionen und weitere 353 Budgets aus verschiedenen Regionen außerhalb der Modellprojekte dokumentiert werden. Der (quantitative) Datenbestand stützt sich daher auf insgesamt 847 Persönliche Budgets bundesweit.

Die Zahl der Budgetbewilligungen in den Modellregionen differiert erheblich. „Objektive“ Faktoren, die diese Streuung bedingen (z.B. die regionale Infrastruktur an Dienstleistungen), lassen sich kaum identifizieren; Einfluss nehmen am ehesten Vorerfahrungen der Modellregionen in der Erprobung Persönlicher Budgets. Bei einer Betrachtung der Budgetbewilligungen im gesamten Zeitverlauf der Modellerprobung ist festzustellen, dass die Zahl der bewilligten Budgets kontinuierlich zunahm. Innerhalb eines Jahres (von Januar 2006 bis Januar 2007) hat sich die Gesamtzahl nahezu verdreifacht. Diese tendenziell an Dynamik gewinnende Entwicklung legt die Vermutung nahe, dass mit zunehmenden Erfahrungen und steigendem Bekanntheitsgrad des Persönlichen Budgets die Inanspruchnahme – auch außerhalb des Kontextes einer Modellerprobung – zunehmen wird.

Neben den Informationen über bewilligte Budgets liegen etwa 100 Dokumentationen über nicht-realisierte Anträge vor. Auch wenn diese Angaben teilweise unvollständig sind, da einzelne Modellregionen ausschließlich Budgetbewilligungen dokumentiert haben, geben sie Aufschluss über die Gründe der Nicht-Realisierung von Budgets. Dabei kann unterschieden werden zwischen abgelehnten und von den Antragsteller/innen wieder zurückgezogenen Anträgen (jeweils etwa 50 %). Die wesentlichen Gründe, warum Anträge auf ein Persönliches Budget wieder zurückgezogen wurden, sind i.d.R. in Veränderungen der Lebenssituation der Antragsteller/innen zu sehen (z.B. Heimaufnahme, Umzug an einen anderen Wohnort, akuter Rückfall in eine Erkrankung). Darüber hinaus spielen eine Rolle: fehlendes (weiteres) Interesse, Angst vor Überforderung bzw. Bedenken wegen eines möglicherweise höheren Verwaltungsaufwands oder „falsche“ Vorstellungen über das Persönliche Budget. Gründe für das Ablehnen von Anträgen seitens der Leistungsträger liegen hingegen meist darin, dass Sachleistungen aufgrund der gegenwärtigen Lebenssituation der Antragsteller/innen als angemessener oder passgenauer beurteilt bzw. die beantragte Leistung als „nicht budgetfähig“ erachtet werden. Des Weiteren werden fehlende Leistungsansprüche, mangelnder Bedarf, übersteigendes Vermögen (Sozialhilfe) sowie fehlende Kooperation im Antragsverfahren als Gründe angeführt.

Eine Betrachtung des Personenkreises aller Budgetnehmer/innen (n=847) zeigt, dass Persönliche Budgets von Menschen mit verschiedenen Behinderungsarten und in unterschiedlichen Lebensphasen und -situationen beantragt und genutzt werden. Ein Ausschluss bestimmter Personengruppen kann nicht beobachtet werden. Folgende Ergebnisse lassen sich zusammenfassen:

- 54 % aller Budgetnehmer/innen sind männlich, 46 % weiblich. Geschlechterspezifische Unterschiede bei der Budgetnutzung bestehen daher kaum.
- Im Gegensatz zu anderen Modellerprobungen nehmen in den Modellprojekten „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“ Menschen aller Altersgruppen Persönliche Budgets in Anspruch. Das Durchschnittsalter der Budgetnehmer/innen liegt bei 36 Jahren, die Spanne reicht von 2 Jahren bis hin zu 82 Jahren, was eine erhebliche Funktionsbreite des Persönlichen Budgets in verschiedenen Lebensphasen der Budgetnehmer/innen bestätigt.
- Die größte Gruppe unter den Budgetnehmer/innen bilden mit 42 % Menschen mit psychischer Erkrankung (einschließlich Suchterkrankung). Danach folgen Menschen mit geistiger Behinderung (31 %) sowie Menschen mit Körperbehinderung (19 %). Darüber hinaus werden (einzelne) Budgets von Menschen mit Sinnesbeeinträchtigung

gung (Hör- oder Sehbehinderung), organischer Erkrankung, Anfallserkrankung oder Entwicklungsverzögerung (bei Kindern) genutzt.

- Auch Personen mit einem umfassenden Pflege- und Unterstützungsbedarf nutzen Persönliche Budgets: Bei etwa einem Drittel der Budgetnehmer/innen werden neben der vorrangigen Behinderung eine oder mehrere weitere Behinderungen angegeben. Des Weiteren liegt bei 28 % aller Budgetnehmer/innen ein Pflegebedarf vor, wobei bei einem Drittel dieser Gruppe die Pflegestufe III genannt wird.
- Betrachtet man die Wohnsituation der Budgetnehmer/innen, so fällt auf, dass die Mehrheit (77 %) bereits zum Zeitpunkt der Budgetbeantragung bzw. -bewilligung in einer (eigenen) Privatwohnung lebt, meist alleine oder mit den Eltern zusammen. Die übrigen Budgetnehmer/innen wohnen zum Zeitpunkt der Antragstellung mehrheitlich in ambulant betreuten Wohnangeboten. Nur wenige Personen leben in einer stationären Einrichtung (Wohnheim, Senioren- oder Pflegeheim, Außenwohngruppen, Dorfgemeinschaften) oder in einer Pflegefamilie.
- Hinsichtlich der Beschäftigungssituation ist einerseits eine relativ hohe Anzahl an Personen festzustellen, die ohne Beschäftigung bzw. arbeitslos im Sinne des SGB III sind (29 %), andererseits eine große Gruppe von Budgetnehmer/innen, die in einer Werkstatt für behinderte Menschen beschäftigt sind (28 %). Nur wenige Personen verfügen über ein Arbeitsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Beteiligte Leistungsträger, bewilligte Leistungen und Budgetbemessung

Die Budgetgestaltung basiert in der Regel auf einer „Umwandlung“ der jeweiligen im Vorfeld bezogenen Sachleistungen in ein Persönliches Budget. Über drei Viertel aller Budgetnehmer/innen haben bereits vor der Beantragung eines Persönlichen Budgets Leistungen erhalten; 24 % der Budgetnehmer/innen beantragten mit dem Budget erstmals eine Leistung beim zuständigen Leistungsträger.

Nahezu alle dokumentierten Persönlichen Budgets (95 %) wurden in der Zuständigkeit nur eines Leistungsträgers bewilligt. Dies gilt für die Budgets innerhalb und außerhalb der Modellregionen. Auffallend ist hierbei, dass es sich fast ausschließlich um Budgets in der Zuständigkeit der Sozialhilfeträger handelt. Nur wenige Persönliche Budgets wurden in der Zuständigkeit anderer Träger realisiert, wobei lediglich die Bundesagentur für Arbeit (22 Budgets) und die Integrationsämter (18 Budgets) eine nennenswerte Rolle spielen. In der Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger und Träger der Kriegsopferversorgung/-fürsorge wurden nur einzelne Budgets bewilligt.

Die jeweils bewilligten Leistungen werden entsprechend von Leistungen der Sozialhilfe dominiert: „Ambulante Eingliederungshilfen im häuslichen Bereich“ sowie „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ stellen (entweder ausschließlich oder in Kombination mit anderen Leistungen) die Hauptgruppe der bewilligten Leistungen dar. Die häufigsten Leistungen von Trägern außerhalb der Sozialhilfe sind das „Pflegegeld“ der Pflegeversicherung (als Bestandteil trägerübergreifender Budgets) sowie „Arbeitsassistenz“ als Leistung der Bundesagentur für Arbeit bzw. des Integrationsamts.

Trägerübergreifende Persönliche Budgets konnten insgesamt in 44 Fällen realisiert werden; dies entspricht einem Anteil von insgesamt 5 %. An allen trägerübergreifenden Budgets sind die Sozialhilfeträger beteiligt, in 43 Fällen als beauftragter Leistungsträger. Meist handelt es

sich um trägerübergreifende Budgets von zwei beteiligten Leistungsträgern, wobei etwa 80 % von der Sozialhilfe zusammen mit der Pflegeversicherung bewilligt wurden. Weitere trägerübergreifende Konzeptionen sind:

- Sozialhilfeleistungen und Leistungen der Krankenversicherung (2 Budgets)
- Sozialhilfeleistungen und Leistungen der Integrationsämter (2 Budgets)
- Sozialhilfeleistungen und Leistungen der Agentur für Arbeit (1 Budget)
- Sozialhilfeleistungen und Leistungen der Jugendhilfeträger (1 Budget)

In drei Fällen wurden auch komplexere trägerübergreifende Konzeptionen dokumentiert, an denen drei oder mehr Leistungsträger beteiligt sind:

- Sozialhilfeträger, Pflegeversicherung und Integrationsamt
- Sozialhilfeträger, Krankenversicherung und Pflegeversicherung
- Sozialhilfe, Krankenversicherung, Rentenversicherung, Integrationsamt und Pflegeversicherung

Ob mit dieser noch geringen Anzahl trägerübergreifender Budgets die Möglichkeiten trägerübergreifender Kooperation ausgeschöpft sind, kann aufgrund fehlender Referenzwerte nicht mit Sicherheit beantwortet werden. Jedoch verweisen die vorliegenden Daten darauf, dass folgende Leistungskonstellationen prinzipiell in größerem Umfang als bisher als trägerübergreifende Komplexleistung erbracht werden könnten:

- Eingliederungshilfe (Sozialhilfe) und Leistungen der Pflege (Pflegeversicherung)
- Eingliederungshilfe (Sozialhilfe) und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Bundesagentur für Arbeit, Integrationsamt, Rentenversicherung), eventuell zusätzlich Leistungen der Pflege (Pflegeversicherung)

Ebenso verdeutlicht auch eine Analyse „budgetbegleitender“ (Sach-)Leistungen, d.h. Leistungen, die parallel zu einem Persönlichen Budget bezogen werden, dass manche davon inhaltlich und rechtlich gesehen durchaus als Budgetbestandteile denkbar wären: Etwa 70 % aller Budgetnehmer/innen nehmen neben dem Persönlichen Budget weitere Sozialleistungen in Anspruch und etwa ein Viertel dieser Leistungen könnten im Grunde auch als Budgetleistung gestaltet werden. Dies trifft insbesondere auf folgende Leistungsarten zu:

- Leistungen der Sozialhilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben (Arbeitsbereich einer WfbM),
- Leistungen der Sozialhilfe im teilstationären Bereich/zur Tagesstrukturierung (Tagesstätten, Fördergruppen, Arbeits- und Beschäftigungstherapien usw.),
- Leistungen der Pflegeversicherung (Pflegegeld/ Pflegesachleistung, Hilfsmittel usw.),
- Leistungen der Agentur für Arbeit (Berufsbildungsbereich, Maßnahmekosten, Hilfsmittel, Fahrtkosten usw.),
- Leistungen der Krankenversicherung (häusliche Krankenpflege, Hilfsmittel, Soziotherapie),

- Leistungen der Rentenversicherung (Eingangsverfahren in einer WfbM, Übergangsgeld, Hilfsmittel usw.).

In den Modellregionen werden unterschiedliche Wege der Budgetbemessung beschritten: Persönliche Budgets, die sich an Zeiteinheiten orientieren, werden überwiegend auf der Grundlage des jeweiligen individuellen Unterstützungsbedarfs – z.B. in „Stunden pro Woche“ – bemessen. Zur Festlegung der Budgethöhe werden die benötigten Stunden dann mit einem vorab definierten Stundensatz multipliziert. Dieser Stundensatz kann sich im Falle professioneller Dienste bzw. Angebote am Konzept der „Fachleistungsstunden“ orientieren, im Falle nicht-professioneller Leistungen werden niedrigere Entgeltsätze zugrunde gelegt. In anderen Modellregionen werden Pauschalen als Grundlage für die Budgetbemessung genutzt, die sich je nach Umfang der Unterstützung nach verschiedenen Stufen oder Hilfsbedarfsgruppen bzw. Zielgruppen (nach Art der Behinderung) richten und zum Teil als „Korridore“ gestaltet werden. Darüber hinaus lassen sich Kombinationen der Bemessungsansätze beobachten, z.B. eine Verbindung von „Stundensätzen“ mit Pauschalen, die als Teil des Gesamtbudgets gestaltet werden. Dies betrifft beispielsweise Kosten für Bildungskurse, Mitgliedsbeiträge (z.B. in Vereinen, Fitness-Studios), Kosten für selbst beschaffte Assistenzpersonen oder Teilleistungen von Einrichtungen.

Betrachtet man schließlich die Höhe der jeweils bewilligten Budgets, so beträgt ein monatliches Budget in den Modellregionen im Durchschnitt 1.041 Euro. Die Beträge erstrecken sich insgesamt von 36 Euro bis hin zu 13.275 Euro. In den Regionen außerhalb der Modellprojekte wird ein Budget im Durchschnitt mit 860 Euro bemessen. Auch hier reicht die Spannweite von 50 Euro bis hin zu 12.150 Euro. Trotz der insgesamt hohen Streuung ist zu erkennen, dass über die Hälfte der bewilligten Budgets (sowohl innerhalb als auch außerhalb der Modellregionen) unter 600 Euro/Monat und über drei Viertel unter 1.000 Euro/Monat betragen. Höhere Budgetsummen (über 1.000 Euro/Monat) sind hingegen vergleichsweise selten. Budgets, die 5.000 Euro oder mehr im Monat umfassen, bestehen in der Regel aus trägerübergreifenden Komplexleistungen mit Hilfen zur Pflege (Sozialhilfe, Pflegeversicherung).

Es lassen sich Zusammenhänge zwischen der Höhe eines Persönlichen Budgets und folgenden Faktoren erkennen:

- Die Budgethöhe korrespondiert mit der Anzahl der jeweils bewilligten Budgetleistungen: Je mehr Leistungen in ein Budget einfließen, desto höher ist ein Budget.
- In diesem Zusammenhang ist auch von Bedeutung, welche Leistungen in ein Persönliches Budget einfließen: Leistungen zur Pflege (Sozialhilfe, Pflegeversicherung) als Bestandteil eines Budgets gehen mit einer wesentlich höheren Budgetsumme einher.
- Trägerübergreifende Persönliche Budgets sind im Schnitt um ein Vielfaches höher bemessen als Budgets in Einfachzuständigkeit. Dieser Unterschied lässt sich jedoch insbesondere durch die einbezogenen Leistungen erklären: In trägerübergreifenden Budgets sind zu einem höheren Anteil Leistungen der Pflege (der Pflegeversicherung und/oder der Sozialhilfe) enthalten als in Budgets in Einfachzuständigkeit, und diese sind in der Regel mit einer höheren finanziellen Ausstattung verbunden. Entsprechend erhalten Budgetnehmer/innen mit Körperbehinderung (und Pflegebedarf) die im Durchschnitt höchsten Budgets (im Durchschnitt knapp 2.000 Euro).

Bei insgesamt ca. 10 % aller Persönlichen Budgets in den Modellregionen wurden Veränderungen bzw. Anpassungen der Budgethöhen während der Laufzeit von Zielvereinbarungen dokumentiert. Da diese Praxis im Grunde nur in bestimmten Regionen beobachtet wurde, liegt die Vermutung nahe, dass solche Budgetanpassungen mit der jeweiligen Budgetgestaltung bzw. den zugrunde liegenden Bemessungsverfahren zusammenhängen, etwa wenn die Unterstützungsbedarfe der Leistungsberechtigten – analog der Kosten der vergleichbaren Sachleistungen (z.B. in Anlehnung an Fachleistungsstunden) – „exakt“ bemessen und ohne „Spielräume“ in einen Geldbetrag übersetzt werden. Ändert sich dann der Unterstützungsbedarf, zieht dies eine Budgetanpassung nach sich, weil sich die der Budgetbemessung zugrunde liegenden Fachleistungsstunden reduzieren oder erhöhen. In anderen Regionen, in denen die Persönlichen Budgets eher „pauschal“ bemessen werden oder den Charakter disponibler Geldbeträge haben (z.B. für Freizeitaktivitäten, Fahrtkosten usw.), sind solche Budgetanpassungen seltener festzustellen.

Verwaltungsrelevante Fragestellungen

Die Gestaltung der Verwaltungsverfahren ist in Grundzügen im SGB IX und in der Budgetverordnung festgelegt. Generell gelten dabei die Grundsätze einer zügigen Antragsbearbeitung, der kooperativen Leistungsbewilligung und -gestaltung, der Partizipation der Leistungsberechtigten sowie einer auf den Einzelfall abgestimmten Bedarfsfeststellung. Im Rahmen der Modellerprobung kommt der Betrachtung der Bearbeitungsdauer, der verschiedenen Aktivitäten und Verfahrensschritte im Antragsprozess, der Kooperation und Partizipation anderer Akteure – insbesondere der Antragsteller/innen –, Fragen bezüglich der Bedarfsfeststellung sowie der Gestaltung der Zielvereinbarung eine besondere Bedeutung zu:

Die Dauer der *Antragsbearbeitung* beträgt im Durchschnitt etwa drei Monate. Insgesamt werden 41 % aller Anträge in den Modellregionen und etwa 50 % aller Anträge in den Regionen außerhalb in einem Zeitraum von bis zu zwei Monaten bearbeitet und damit in einem Rahmen, der den gesetzlichen Vorgaben weitgehend entspricht. Allerdings zeigt sich im Verlauf des Projektes eine zunehmende Beschleunigung dieser Bearbeitungsdauer; sie nimmt zwischen Projektbeginn im Jahr 2005 und Projektende im Jahr 2007 deutlich ab. Die vorliegenden Daten deuten daher darauf hin, dass die Bearbeitung von Anträgen auf ein Persönliches Budget mit zunehmender Erfahrung bzw. „Routine“ mit einer geringeren Bearbeitungsdauer verbunden ist.

Neben der Bearbeitungsdauer wurde auch erfasst, welche *Aufgaben bei der Antragsbearbeitung* im Einzelnen anfallen und welcher zeitliche Aufwand damit verbunden ist. Die Vielfalt an dokumentierten Einzelaktivitäten lässt sich in vier Bereiche zusammenfassen: „Information und Klärung“, „Bedarfsfeststellung“, „Zielvereinbarung/Bescheid“ und „Verwaltung“. Gemessen an dem für diese Aktivitäten anfallenden Zeitaufwand nehmen insbesondere die Aktivitäten zur Bedarfsfeststellung einen zentralen Raum ein. Alles in allem verwenden die Sachbearbeiter/innen bei den beauftragten Leistungsträgern aus den Modellregionen im Durchschnitt etwa 6 ½ Stunden auf die fallbezogene Antragsbearbeitung. In den Regionen außerhalb der Modellprojekte beläuft sich der durchschnittliche Bearbeitungsaufwand auf 5 ½ Stunden. In beiden Fällen zeigt sich allerdings, dass der Bearbeitungsaufwand davon abzuhängen scheint, wie viele Leistungen jeweils in ein Budget eingehen und ob es sich um trägerübergreifende Konzeptionen handelt.

Weiterhin lassen sich diese Aktivitäten daraufhin untersuchen, inwiefern diese in *Kooperation* bzw. unter *Beteiligung anderer Akteure* stattfinden. Dabei zeigt sich, dass 66 % des gesamt-

ten antragsbezogenen Aufwands aus kooperativen Aktivitäten besteht. Der größte Zeitaufwand entfällt auf Aktivitäten, an denen die Antragsteller/innen und/oder deren gesetzliche Betreuer/innen beteiligt sind (Beratung, Bedarfsfeststellung, Zielvereinbarungen usw.), gefolgt von Aktivitäten in Kooperation mit Leistungserbringern. Aktivitäten mit Kontakten zu anderen Leistungsträgern, welche insbesondere für trägerübergreifende Verfahren notwendig sind, nehmen im Gegensatz dazu nur eine untergeordnete Stellung ein.

(Kooperative) Verfahren der *Bedarfsfeststellung* zählen sowohl zeitlich als auch inhaltlich zu den Kernprozessen der Budgetgestaltung, die bereits im Verfahren eine größere Selbstbestimmung und Eigenverantwortung von Menschen mit Behinderung ermöglichen können. Bezüglich der umgesetzten *Bedarfsfeststellungsverfahren* lassen sich in den verschiedenen Modellregionen unterschiedliche Lösungen beobachten; regionale Unterschiede sind vor allem hinsichtlich der Gestaltung von sogenannten „Budgetkonferenzen“, „Assessments“ oder „Hilfepflichtkonferenzen“ sowie der Bedeutung verschiedener Akteure im Bedarfsfeststellungsprozess zu finden, etwa hinsichtlich der Rolle von (externen) Beratungseinrichtungen, dem Einbezug von (potenziellen) Leistungserbringern usw. Entscheidend ist dabei, inwiefern es den Antragsteller/innen ermöglicht wird, ihren (subjektiven) Unterstützungsbedarf sowie Wünsche und Vorstellungen zur Budgetgestaltung einzubringen. Dem Grundsatz der Selbstbestimmung und Partizipation widersprechen insbesondere solche Verfahren, in denen die Bedarfsfeststellung in unverhältnismäßig hohem Maße durch Leistungserbringer und/oder Leistungsträger dominiert wird.

Was schließlich den Einsatz verschiedener standardisierter *Instrumentarien zur Bedarfsfeststellung* betrifft – etwa des IBRP, des HMB-Verfahrens oder des IHP – so lässt sich konstatieren, dass sich diese Verfahren für die Phase der Einführung Persönlicher Budgets in den Modellregionen im Grunde genommen bewährt haben. Allerdings sollten diese bereits eingeführten Instrumente so weiterentwickelt werden, dass eine (noch) höhere Kongruenz zum Konzept der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) erreicht wird. Zudem bleibt zu überlegen, inwiefern eine Vereinheitlichung der durchaus heterogenen Instrumentarien angestrebt werden sollte.

Neben der (kooperativen) Bedarfsfeststellung stellen die *Zielvereinbarungen* ein zentrales Element im Bewilligungsverfahren Persönlicher Budgets dar. Gemäß § 4 Abs. 1 BudgetV sollen Zielvereinbarungen insbesondere Regelungen zu den individuellen Förder- und Leistungszielen, zu den erforderlichen Nachweisen für die Deckung des festgestellten individuellen Bedarfs sowie zur Qualitätssicherung enthalten. Aussagen zu den *Zielen* des Persönlichen Budgets werden in nahezu allen Zielvereinbarungen getroffen; der Konkretisierungsgrad variiert dabei jedoch erheblich. Was die „*Erforderlichkeit eines Nachweises*“ betrifft, so sind bei 83 % aller dokumentierten Zielvereinbarungen Verwendungsnachweise vorgeschrieben, 4 % der Zielvereinbarungen verneinen explizit eine Nachweispflicht. In weiteren 13 % sind keine Regelungen dazu erkennbar, oder es werden allgemeine Verpflichtungen zur „zweckentsprechenden Verwendung“ des Budgets formuliert. Wenn Verwendungsnachweise vereinbart werden, sind diese in der Regel sehr detailliert (Rechnungen, Quittungen, Überweisungsbelege, Kontoauszüge etc.). In einzelnen Zielvereinbarungen ist als Verwendungsnachweis ein „Entwicklungsbericht“ der Leistungserbringer vorgesehen. Der Aspekt der *Qualitätssicherung* wird in 57 % der vorliegenden Zielvereinbarungen geregelt. Dabei überwiegen zwei Vorgehensweisen: Qualitätssicherungsgespräche zwischen Budgetnehmer/in und Leistungsträger sowie Stellungnahmen von Ärzten, Sozialdiensten und/oder Leistungserbringern. Erweitert werden diese Regelungen zur Qualitätssicherung z.T. durch Ver-

einbarungen zur Mittelverwendung hinsichtlich Art und Inhalt der Unterstützungsleistungen. Diese Vereinbarungen reichen von der Festlegung der Qualifikation der Unterstützungspersonen bis hin zur konkreten namentlichen Nennung des jeweiligen Leistungserbringers. In 43 % der Dokumente werden hingegen keine Regelungen zur Qualitätssicherung getroffen.

Insgesamt lässt eine Vielzahl an Zielvereinbarungen eine (noch) zu große Nähe zu den Regelungen im Sachleistungsbereich erkennen: Detaillierte Festlegungen zur Art der zu beziehenden Leistungen, „Entwicklungsberichte“, ggf. verbunden mit sog. „Abtretungserklärungen“, nach denen das Budget von vornherein an einen Leistungserbringer überwiesen wird, widersprechen dem grundlegenden Ziel des Persönlichen Budgets, Menschen mit Behinderung mehr Gestaltungsspielräume zu eröffnen.

Budgetberatung und -unterstützung („Budgetassistenz“)

Das Persönliche Budget soll einerseits die Deckung individueller Teilhabebedarfe eines Budgetnehmers gewährleisten, andererseits kann die Inanspruchnahme eines Persönlichen Budgets selbst einen eigenen Bedarf an Information, Beratung und Unterstützung begründen.

Knapp die Hälfte aller Budgetnehmer/innen benötigt nach Angaben der bewilligenden Leistungsträger Unterstützung bei der Verwaltung und Verwendung des Persönlichen Budgets. Allerdings wird nur in seltenen Fällen ein gesonderter Betrag als Bestandteil des Persönlichen Budgets zur Deckung dieses Bedarfs ausgewiesen. Dies deckt sich mit der in den Zielvereinbarungen häufig gebrauchten Formulierung: „der Budgetnehmer entscheidet selbst und in eigener Verantwortung, durch wen er sich beraten lässt“. Wird ein solcher Betrag zur Budgetassistenz aber gesondert aufgeführt, dann hängt dessen Höhe meist von der Gesamthöhe des bewilligten Budgets ab und variiert erheblich.

Ein Drittel aller befragten Budgetnehmer/innen gibt an, während des Budgetbezugs Situationen mit Beratungsbedarf erlebt zu haben. Die jeweiligen Gründe und Inhalte sind vielfältig und betreffen überwiegend konkrete Aspekte der Budgetverwaltung und -verwendung (Möglichkeiten und Grenzen der Budgetverwendung, steuer- und versicherungsrechtliche Unklarheiten, Regelungen hinsichtlich Verwendungsnachweisen usw.). Betrachtet man schließlich die konkrete Budgetverwaltung, so zeigt sich, dass nur etwa 35 % der befragten Budgetnehmer/innen ihr Budget selbstständig verwalten, 28 % werden dabei unterstützt, in 37 % der Fälle wird die Budgetverwaltung vollständig von Anderen übernommen. Dabei spielen die gesetzlichen Betreuer/innen sowie die Eltern/Angehörigen der Budgetnehmer/innen die Hauptrolle, wobei diese Unterstützung in der Regel unentgeltlich erbracht wird. Daneben werden auch Mitarbeiter/innen sozialer Dienste sowie neutrale (unabhängige) Stellen mit der sog. Budgetassistenz beauftragt und teilweise aus Mitteln des Budgets bezahlt (vor allem Selbsthilfeorganisationen und Beratungsstellen, in Einzelfällen auch Steuerberater, Bürofachkräfte bzw. Lohnbüros).

Unter den Personen mit einem Unterstützungsbedarf bei der Budgetverwendung und -verwaltung sind vor allem Menschen mit geistiger Behinderung und/oder mit gesetzlicher Betreuung zu finden. Während beispielsweise Menschen mit Körperbehinderung ihr Budget in der Mehrheit selbst verwalten (52 %), werden Budgets von Menschen mit geistiger Behinderung überwiegend von anderen (57 %) oder mit Unterstützung anderer verwaltet (34 %).

Bei der Frage, wer diese Unterstützung leisten soll, sind die Meinungen geteilt: Während einige Leistungsträger die Aufgabe der Budgetberatung und -unterstützung bei der gesetzlichen Betreuung ansiedeln oder auf die Beratung durch Leistungsanbieter verweisen, wird von anderen Leistungsträgern gerade eine solche Budgetberatung aufgrund der fehlenden Unabhängigkeit kritisch betrachtet und die Anbindung an Beratungsstellen von Selbsthilfevereinigungen favorisiert. Betrachtet man die erste Variante, so zeigt auch die Praxis, dass die gesetzlichen Betreuer/innen sowohl im Budgetverfahren als auch bei der Budgetverwaltung und -verwendung eine wesentliche Beratungs- und Unterstützungsfunktion für die von ihnen betreuten Personen wahrnehmen. Der Aufwand für diese Tätigkeiten ist mitunter – je nach Einzelfall – verhältnismäßig hoch und wird von vielen gesetzlichen Betreuer/innen als zusätzliche Arbeit und Mehraufwand empfunden, der zudem in der Regel finanziell nicht (über die Betreuungspauschale hinaus) erstattet wird. Was die zweite Variante betrifft, so wurden in einigen Modellregionen Angebote einer unabhängigen Budgetassistenz implementiert, die in der Regel an bereits vorhandenen Beratungs- oder Projektstellen angesiedelt wurden. Nahezu alle dieser Stellen sind institutionell bzw. projektbezogen finanziert, sodass keine zusätzlichen Kosten für Budgetassistenz während der Projektlaufzeit anfielen.

Insgesamt kann konstatiert werden, dass im Rahmen der Modellprojekte die allgemeine Information und Beratung über das Persönliche Budget und dessen Rahmenbedingungen durch die an der Erprobung beteiligten Projektkoordinatoren, Stellen und Organisationen (Leistungsträger, soziale Dienste und Einrichtungen, Selbsthilfeorganisationen etc.) während des Projektzeitraums weitgehend sichergestellt ist. Für die Zukunft ist aber davon auszugehen, dass nicht nur im Vorfeld der Beantragung und der Phase der Antragstellung und -bearbeitung eine intensive Information und Beratung der Interessenten notwendig ist, sondern auch im Verlauf (während des Budgetbezugs) viele Budgetnehmer/innen auf Unterstützung angewiesen sind, z.B. bei der Budgetverwaltung, aber auch bei der Planung und Gestaltung des Unterstützungsarrangements. Unter einem ressourcenorientierten Blickwinkel ist es dabei grundsätzlich zu begrüßen, wenn – wie in der Erprobungsphase – das soziale Umfeld der Leistungsberechtigten einen Großteil dieser Unterstützung trägt. Probleme können jedoch dann entstehen, wenn ein solches soziales Umfeld nicht verfügbar ist und/oder erkennbar nicht im Interesse der Menschen mit Behinderung tätig wird. Daher wird für die weitere Implementierung Persönlicher Budgets eine entsprechende Infrastruktur der Beratung und Unterstützung erforderlich sein ebenso wie eine detaillierte rechtliche Klärung der Frage, ob und wie dabei ggf. entstehende Kosten im Rahmen der Budgetbemessung berücksichtigt werden können.

Das Persönliche Budget und seine Nutzung im Kontext bestehender Versorgungsstrukturen

Die an der Modellerprobung beteiligten acht Regionen zeichnen sich durch unterschiedliche infrastrukturelle Ausgangslagen aus. Wesentliche Unterschiede bestehen insbesondere im Hinblick auf politisch-administrative Strukturen (z.B. verschiedene Zuständigkeitsregelungen innerhalb der Sozialhilfe) sowie differierende Angebotsstrukturen im Bereich der (ambulant) Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderung. Daher wurde u.a. auch der Frage nachgegangen, inwiefern bestimmte regionale Rahmenbedingungen Einfluss auf die Umsetzung Persönlicher Budgets haben bzw. ob sich förderliche oder aber auch hinderliche Faktoren identifizieren lassen. Hypothetisch lässt sich dabei formulieren, dass folgende Aspekte eher unterstützend wirken:

- ein breit gefächertes und gut zu erreichendes Angebot an Beratung über die Möglichkeiten eines Persönlichen Budgets, aber auch über Rehabilitations-, Pflege- und Unterstützungsmöglichkeiten generell,
- ein gut ausgebautes und differenziertes Angebotsspektrum an Unterstützungsleistungen, welches genügend Wahlmöglichkeiten bietet. Dabei wird insbesondere ein ausreichendes Angebot an ambulanten Unterstützungsangeboten für die Umsetzung Persönlicher Budgets für zentral erachtet,
- einheitliche Zuständigkeiten, vor allem innerhalb der Sozialhilfe.

Die verschiedenen Modellregionen weisen im Hinblick auf diese strukturellen Voraussetzungen z.T. große Unterschiede auf: Betrachtet man beispielsweise die beiden Modellregionen Berlin und Mittelfranken, so wird einerseits hinsichtlich der Angebotsstrukturen im Bereich Wohnen deutlich, dass in Berlin das Verhältnis zwischen Leistungsempfängern im stationären und ambulanten Bereich nahezu ausgeglichen ist, während im Regierungsbezirk Mittelfranken lediglich 12 % aller Leistungsempfänger ambulant betreut werden. Auch die Zuständigkeiten innerhalb der Sozialhilfe sind unterschiedlich geregelt: In Berlin ist eine einheitliche Zuständigkeit für alle Leistungen der Eingliederungshilfe gegeben, während in Mittelfranken eine geteilte Zuständigkeit für ambulante und stationäre Leistungen besteht.

Diese beiden Regionen sind zugleich diejenigen, die von Beginn des Projektzeitraums an die meisten Budgets bewilligen konnten. Daher lässt sich vermuten, dass auch unter unterschiedlichen Ausgangsbedingungen für Leistungsträger und Leistungsanbieter durchaus eine Reihe an Gestaltungsmöglichkeiten bestehen. Die Betrachtung der Angebotsstrukturen deutet zwar insgesamt darauf hin, dass nicht alle „Spielarten“ Persönlicher Budgets gleichermaßen und (völlig) unabhängig von den regionalen Angebotsstrukturen umgesetzt werden können. In Kooperation zwischen Leistungsträgern und -anbietern lassen sich jedoch die bestehenden Rahmenbedingungen so weiterentwickeln, dass zumindest für die Einführungsphase Persönlicher Budgets geeignete Angebote zur Verfügung stehen.

Die Frage, welche Auswirkungen Persönliche Budgets auf die „Angebotslandschaft“ in Zukunft haben werden, lässt sich hingegen nur eingeschränkt beurteilen. Selbst in Regionen, in denen die für die Erprobungsphase vereinbarte Zahl von 50 Budgets (und mehr) erreicht wurde, ist die quantitative Nachfrage nicht so hoch, dass sie bereits beobachtbare Wirkungen auf die Angebotslage nach sich ziehen würde. Daher lassen sich zu diesem Aspekt nur indirekt Schlüsse aus der Befragung von Budgetnehmer/innen und Leistungsanbietern ziehen:

Im Rahmen der Budgetnehmerbefragung wird deutlich, dass überwiegend eine Nachfrage nach professionellen Dienstleistungen besteht. Ergänzt wird dies zum Teil um eine Nutzung allgemeiner Infrastrukturleistungen insbesondere in den Bereichen der Freizeit, Bildung und Mobilität. In weitaus weniger Fällen wird das Persönliche Budget für nicht-professionelle bzw. nebenberufliche oder informelle Hilfen eingesetzt (z.B. durch Bekannte, Freunde, Angehörige, Nachbarn, Studierende, Zivildienstleistende usw.). Diese (eher privaten) Unterstützungsvarianten werden schwerpunktmäßig in den Bereichen Freizeit, Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben und Haushalt gewählt und häufig auch mit Leistungen professioneller Dienste kombiniert. In ebenfalls geringerem Maße stellen Budgetnehmer/innen Assistent/innen im Rahmen des Arbeitgebermodells an. Noch seltener sind Budgets, die ausschließlich der Finanzierung von Sachmitteln (z.B. Hilfsmittel, Fahrtkosten, Unterhalt eines

Autos wie auch Gefälligkeiten für unentgeltlich unterstützende Personen wie Eintrittspreise, Fahrtkosten, Verpflegung) und/oder allgemeinen Dienstleistungen (z.B. Beiträge für Bildungs-, Musik- und Sportangebote) dienen.

Welche Anforderungen sich an Leistungsanbieter stellen und inwiefern diese der Nachfrage von Budgetnehmer/innen entsprechen können, lässt sich aus den Daten einer Befragung von insgesamt 99 Anbietern aus allen Modellregionen ermitteln: Etwa 43 % von diesen sind bislang von Menschen mit Behinderung zum Persönlichen Budget angefragt bzw. Leistungen von ihnen nachgefragt worden; jeder Vierte von ihnen konnte diesen Anfragen nicht entsprechen. Als Gründe werden meist „Finanzierungsprobleme“ („Budget reicht nicht für professionelle Dienstleistung“, „Budget nicht kostendeckend“) genannt oder dass die nachgefragten Leistungen nicht dem eigenen Angebotsspektrum entsprechen. Etwa 30 % der Leistungserbringer bieten zum Zeitpunkt der Befragung bereits Unterstützungsleistungen im Rahmen eines Persönlichen Budgets an. Dabei wird deutlich, dass über die Hälfte der Budgetnehmer/innen bereits vor der Beantragung eines Persönlichen Budgets von dem jeweiligen Leistungsanbieter betreut wurde. Bei etwa einem Drittel der Budgetnehmer/innen wird das Budget zudem direkt vom Leistungsträger an den Leistungserbringer überwiesen. Zum größten Teil (ca. 80 %) mussten die Leistungsanbieter ihr Leistungsangebot nicht verändern, um die Nachfragen von Budgetnehmer/innen abzudecken. Lediglich in sechs Einrichtungen waren (teilweise) Veränderungen/Anpassungen nötig (z.B. Einsatz zusätzlicher Arbeitskräfte, Nutzung externer Leistungen, Erarbeitung von Leistungspaketen). Gleiches gilt für den Personaleinsatz: Knapp drei Viertel der Leistungsanbieter sind in der Lage, die nachgefragten Budgetleistungen mit den bestehenden Personalressourcen zu bestreiten, nur acht Leistungsanbieter nennen erforderliche Veränderungen hinsichtlich Personalplanung und -einsatz (zusätzliches Personal/Honorarkräfte, Überstunden, flexible Arbeitszeiten usw.). Die Mehrheit der Leistungsanbieter kalkuliert die Preise für Unterstützungsleistungen auf der Basis von Stunden (nach Qualifikation des Personals), die restlichen Anbieter legen Pauschalen für bestimmte Leistungen fest oder konstruieren Mischformen (Stundensätze und Pauschalen). Meist richten sich diese Stundensätze und Pauschalen nach einrichtungsspezifischen Sätzen bzw. nach den Vorgaben der Leistungsträger. Lediglich in zwei Fällen sind die Leistungsanbieter hinsichtlich der Preisgestaltung in Verhandlungen mit den Budgetnehmer/innen bzw. ihren gesetzlichen Betreuer/innen getreten. Grundsätzliche Bedenken gegenüber dem Persönlichen Budget werden von einigen befragten Leistungsanbietern im Hinblick auf die Gefahr eines „Preisdumping“ geäußert; sie befürchten, „Billiganbieter könnten auf den Markt drängen“, so dass mit „Qualitätseinbußen“ bei der Erbringung von Unterstützungsleistungen zu rechnen sei. Auf der Basis der bislang vorliegenden Ergebnisse lässt sich diese Sorge allerdings nicht bestätigen.

Funktionen und Wirkungen des Persönlichen Budgets in der Lebenswelt der Budgetnehmer/innen

Eines der zentralen Prüfkriterien bei der Einführung Persönlicher Budgets ist die Frage nach deren Wirkungen auf die Lebenssituation der Budgetnehmer/innen. Betrachtet man zunächst die jeweiligen Motive, warum Persönliche Budgets beantragt werden, so zeigen sich sehr unterschiedliche Ausgangslagen:

- Das quantitativ gesehen häufigste Motiv, ein Persönliches Budget zu beantragen, ist der Wunsch, passende(re) Hilfen zur organisieren, die den individuellen Bedürfnissen

und vorhandenen Ressourcen entsprechen und die Verwirklichung des eigenen Lebensstils unterstützen.

- Des Weiteren werden Persönliche Budgets aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung beantragt, z.B. in akuten Krisensituationen oder Übergangsphasen. Weitere Budgetnehmer/innen befinden sich in Situationen, in denen die erforderliche bzw. passende Unterstützung nicht (mehr) über verfügbare Sachleistungen gewährleistet werden kann und das Persönliche Budget eine Art „Notlösung“ darstellt, beispielsweise bei Budgetnehmer/innen, deren Betreuung seitens Einrichtungen oder Diensten verweigert bzw. gekündigt wird, oder Personen, die keine (professionelle) Unterstützung in Anspruch nehmen wollen oder keine passenden Angebote finden.
- Andere Personen beantragen das Budget im Kontext des Wunsches nach einer selbstständige(re)n Lebensführung, z.B. um von einer stationären Wohneinrichtung bzw. von der Herkunftsfamilie in eine selbstständigere Wohnform zu wechseln, in der eigenen Wohnung verbleiben und eine Heim- bzw. Klinikaufnahme vermeiden zu können.
- Einige Personen erwarten, dass mit dem Persönlichen Budget ihre Mobilität, Aktivität und soziale Teilhabe verbessert werden können. Hierbei spielt der Wunsch, Freizeitinteressen besser verwirklichen sowie soziale Kontakte pflegen zu können, eine wesentliche Rolle.
- In einigen Fällen liegt der Grund für einen Budgetantrag im Wunsch nach einer Entlastung des Umfelds, insbesondere der Eltern.

Die Frage, ob und inwiefern die Budgetnehmer/innen Veränderungen in ihrem Leben durch das Persönliche Budget wahrnehmen, kann eindeutig mit „ja – zum Positiven“ beantwortet werden: Die Mehrheit der befragten Budgetnehmer/innen (knapp 80 %) berichtet, dass sich ihr Leben eher zum Besseren verändert habe; 8 % der Personen nehmen sowohl positive als auch negative Veränderungen wahr und knapp 3 % sind der Ansicht, dass sich ihr Leben mit dem Persönlichen Budget eher zum Schlechteren verändert habe. 10 % der befragten Personen können keine Veränderungen wahrnehmen.

Unter den wahrgenommenen Verbesserungen dominiert ein Zuwachs an Aktivitäten und sozialer Teilhabe. Die Budgetnehmer/innen beschreiben sich als „mobiler“ und erfahren mehr Möglichkeiten, ihre Freizeit zu gestalten. Ebenso haben sich (bestehende) soziale Kontakte verbessert und viele Budgetnehmer/innen erleben sich als weniger isoliert. An zweiter Stelle wird eine Verbesserung des Wohlbefindens und der Lebensqualität konstatiert. Ebenfalls bedeutsam sind positive Veränderungen im Hinblick auf die (bessere) Passung der budgetfinanzierten Hilfen. Hierbei werden Entscheidungsfreiräume bei der Gestaltung und Auswahl der Unterstützungsleistungen erlebt, wie beispielsweise die unterstützenden Personen selbst auswählen zu können oder die Unterstützung flexibler zu gestalten. Daneben spielen die Möglichkeiten einer selbstständigen Lebensführung eine gewichtige Rolle, die häufig mit der (veränderten) Wohnsituation einhergehen. Dabei wird insbesondere der Umzug von einer stationären Wohneinrichtung in eine private Wohnform als erhebliche Verbesserung empfunden; andere Budgetnehmer/innen verweisen auf den Vorteil, einem Heim- oder Klinikaufenthalt vorzubeugen. Eine ebenfalls genannte Verbesserung ist die gewonnene Unabhängigkeit von Angehörigen und Diensten bzw. eine (wiedererlangte) Kontrolle über das eigene Leben. Neben den Aussagen zu den Verbesserungen benennt fast die

Hälfte aller Budgetnehmer/innen aber auch „Nachteile“ des Persönlichen Budgets: Im Wesentlichen beziehen sich diese auf den Aspekt der Budgetverwaltung, Fragen der Abrechnung und Nachweispflicht sowie die Verantwortungszunahme. In einigen Fällen wird herausgestellt, dass die (eigenen) Budgets zu knapp bemessen und/oder die Zweckbindung der Budgets zu eng seien. Daneben wird von einzelnen Personen das Antrags- bzw. Bewilligungsverfahren als zu bürokratisch und aufwändig beschrieben, auf die zu kurzen Laufzeiten sowie auf unzureichende Beratung und Information verwiesen. Eine verhältnismäßig kleine Rolle spielen letztendlich Schwierigkeiten, passende Dienstleistungen zu finden bzw. die Unzufriedenheit mit den erhaltenen Hilfen.

Die dargestellten Nachteile scheinen dennoch das gezeichnete „positive“ Bild Persönlicher Budgets insgesamt nicht zu beeinflussen, denn alles in allem ist die Zufriedenheit mit dem Persönlichen Budget sehr hoch: Auf die abschließende Bewertungsfrage „Was würden Sie insgesamt sagen: Ist das Persönliche Budget eine gute Sache für Sie?“ antworten 90 % der Budgetnehmer/innen mit „Ja, auf alle Fälle“; die Frage, ob sich die Budgetnehmer/innen nochmals für das Budget entscheiden würden, beantworten 91 % mit „Ja, auf alle Fälle“. Die Erwartungen an das Persönliche Budget haben sich nach Ansicht der Befragten – trotz verschiedener „Schönheitsfehler“ – insgesamt erfüllt.

Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Auch wenn das Persönliche Budget insbesondere aus der Perspektive der Budgetnehmer/innen seine erwünschten Wirkungen in Richtung Selbstbestimmung und Teilhabe entfaltet und eine hohe Zufriedenheit mit der neuen Leistungsform berichtet wird, sollten die vielfach genannten Nachteile ernst genommen werden. Insgesamt lassen sich als Ergebnis der Modellerprobung einige Schwachstellen des Instrumentes Persönliches Budget identifizieren, die auf weitere Verbesserungspotentiale verweisen. Diese betreffen im Kern Fragen des Zugangs zum Persönlichen Budget, der budgetgeeigneten Leistungen und der trägerübergreifenden Kooperation sowie der Verwaltungsverfahren.

Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben wurden in den Modellregionen keine Ausschlusskriterien für die Inanspruchnahme eines Persönlichen Budgets formuliert. Dieser offene Ansatz hat sich insgesamt bewährt: Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen und Lebenslagen bzw. mit verschiedenen, teils komplexen Unterstützungsbedarfen nutzen das Persönliche Budget und profitieren im Sinne der gewünschten Wirkungen von dieser Leistungsform. Um diesen offenen Zugang zu unterstützen, erweist sich über die erforderliche allgemeine Information hinaus eine spezifische, persönliche Beratung der Leistungsberechtigten als unverzichtbar. Die gemeinsamen Servicestellen, die im Rahmen der Modellerprobung keine aktive Rolle gespielt haben, könnten und sollten für diese Aufgabe zukünftig eine bedeutsame Funktion übernehmen.

Über die Erstberatung hinaus benötigt ein großer Teil der Budgetnehmer/innen (insbesondere mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung) weitergehende Unterstützung in der Verwendung und Verwaltung des Persönlichen Budgets. Diese Unterstützung wird mehrheitlich von gesetzlichen Betreuer/innen und Familienangehörigen geleistet, teilweise werden hierfür Leistungen von sozialen Einrichtungen/Diensten sowie von Beratungsstellen in Anspruch genommen. Die lebensweltnahe begleitende Unterstützung der Budgetverwendung durch soziale Netzwerke ist zu befürworten. Für Budgetnehmer/innen, die nicht auf entsprechende soziale Ressourcen zugreifen können (oder wollen), müssen entsprechende Beratungs- und Unterstützungsdienste (insbesondere von Selbsthilfeorganisationen) verfügbar

sein, die ggf. als Bestandteil des individuellen Bedarfs aus Budgetmitteln finanzierbar sein müssen.

Das breite Spektrum der nach den gesetzlichen Regelungen budgetfähigen Leistungen konnte im Rahmen der Modellerprobung nicht annähernd ausgeschöpft werden: Die Erfahrungen konzentrieren sich auf Leistungen der (ambulanten) Eingliederungshilfe in der Zuständigkeit der Sozialhilfeträger (SGB XII) und bestätigen damit Ergebnisse vorangegangener Modellversuche: Insbesondere die Sachleistung „ambulant betreutes Wohnen“ kann einfach und wirksam in eine Geldleistung „umgewandelt“ werden, zudem kann das Persönliche Budget diese Sachleistung im Einzelfall sinnvoll ergänzen, um z.B. Übergänge von einer stationären in eine selbstständige Wohnform zu gestalten. Um jedoch das Persönliche Budget in größerem Umfang als Alternative zu stationärer Betreuung zu etablieren, ist es insbesondere bei Personen mit hohen Unterstützungsbedarfen erforderlich, bei der Bemessung bedarfsdeckender Budgets (zumindest für eine Übergangsphase) anstelle der ambulanten die stationären Vergütungssätze zugrunde zu legen. Entwicklungspotential offenbart sich auch bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die bislang kaum in Form Persönlicher Budgets erbracht worden sind. Erfahrungen im Rahmen einiger bewilligter Budgets für Leistungen der beruflichen Bildung in der Zuständigkeit der Bundesagentur für Arbeit zeigen, dass die Umsetzung ein aktives Handeln seitens der Leistungsträger erfordert. Bezogen auf den Leistungsbereich in Werkstätten für behinderte Menschen erweist sich neben einer Differenzierung des Leistungsangebotes seitens der Einrichtungen vor allem eine Regelung im Hinblick auf den sozialversicherungsrechtlichen Status alternativer Beschäftigungsverhältnisse erforderlich.

Die Umsetzung trägerübergreifender Persönlicher Budgets blieb in den Modellregionen weit hinter den Erwartungen zurück; lediglich 5 % aller bewilligten Budgets wurden in Kooperation verschiedener Leistungsträger (zumeist Sozialhilfeträger und Pflegeversicherung) bewilligt. Nach den vorliegenden Erkenntnissen bieten sich trägerübergreifende Budgets vor allem bei folgenden Leistungskonstellationen an: Leistungen der Eingliederungshilfe (SGB XII) und Leistungen der Pflege (SGB XI) sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (SGB XII) und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, ggf. ergänzt um Leistungen zur Pflege. In Bezug auf die Einbeziehung von Pflegeleistungen im Rahmen des SGB XI bestehen jedoch noch deutliche leistungsrechtliche Hürden, die sich insbesondere aus der Gutscheinelösung ergeben. Mit Blick auf die mögliche Weiterentwicklung des SGB XI sollte geprüft werden, inwieweit die für das Persönliche Budget geltenden Regelungen den Erfordernissen der Praxis bzw. den Bedarfslagen und Wünschen von Menschen mit Behinderung angepasst werden können.

Über Fragen der trägerübergreifenden Kooperation hinaus liegen wesentliche Verbesserungspotentiale in der Gestaltung zentraler Verwaltungsverfahren der Bedarfsfeststellung, Budgetbemessung und Zielvereinbarung. Insbesondere im Hinblick auf eine zügigere und an der Partizipation der Leistungsberechtigten orientierten Vorgehensweise empfiehlt sich eine einfache, möglichst einheitliche und für Menschen mit Behinderung und ihr soziales Umfeld transparente Vorgehensweise. Als Referenzrahmen könnte, auch im Sinne einer trägerübergreifenden Herangehensweise, die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) dienen. Im Rahmen der Budgetbemessung erscheint es in Anlehnung an das niederländische Modell sinnvoll, die einzelnen Teilbereiche mit differenzierten (Teil-)Pauschalen zu versehen, um sowohl Bedarfsdeckung als auch Spielräume im Einzelfall zu ermöglichen.

Inwieweit der intendierte Richtungswechsel hin zu mehr Entscheidungsspielräumen bei der Auswahl von Leistungen und zu einer konsequent wirkungsorientierten Steuerung von Teilhabeleistungen gelingen wird, hängt nicht zuletzt von der Gestaltung der Zielvereinbarungen ab. Diesbezüglich empfiehlt sich insbesondere eine weniger bürokratische Handhabung der Nachweispflicht und eine Abkehr von einer vielfach praktizierten engen Zweckbindung des Persönlichen Budgets. Im Rahmen der Qualitätssicherung gilt es den Aspekt der Ergebnisqualität im Sinne der Zielerreichung (= selbstbestimmte Teilhabe) in den Vordergrund zu rücken und dabei der Selbsteinschätzung der Budgetnehmer/innen verstärkt Raum zu geben.

Einführung

Im Jahr 2004 initiierte das damalige Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung – jetzt Bundesministerium für Arbeit und Soziales – die bundesweite Erprobung trägerübergreifender Persönlicher Budgets unter wissenschaftlicher Begleitung.

Mit der Einführung Persönlicher Budgets ist vor allem die Stärkung der Selbstbestimmungs- und Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Behinderung intendiert. Als Alternative zu sog. Sachleistungen sollen bedarfsorientierte Geldleistungen Menschen mit Behinderung größere Handlungsspielräume eröffnen und ihnen eine eigenständigere Gestaltung ihres Lebens ermöglichen. Angesichts des stark gegliederten Systems der Rehabilitation gilt zudem der Lösung von Schnittstellenproblemen und der Reduzierung bürokratischen Aufwands besondere Aufmerksamkeit. Die trägerübergreifende Gestaltung Persönlicher Budgets soll daher dazu beitragen, den Grundsatz der „nahtlosen und zügigen“ Bewilligung von Leistungen umzusetzen und durch „Hilfen aus einer Hand“ den Aufwand für Leistungsberechtigte zu reduzieren.

Mit der wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung trägerübergreifender Persönlicher Budgets war ein Forschungsverbund der Universitäten Tübingen (Z.I.E.L.), Dortmund (Rehabilitationssoziologie) und der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg (Fakultät für Sonderpädagogik in Reutlingen) beauftragt. Der Forschungsverbund begleitete zwischen dem 01. Oktober 2004 und 30. Juni 2007 acht Modellregionen, die die Umsetzung trägerübergreifender Persönlicher Budgets erprobten. Eine zentrale Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitforschung bestand in der Analyse und Bewertung der Wirkungen trägerübergreifender Persönlicher Budgets. Dabei wurde das Augenmerk sowohl auf die Lebenssituation der Budgetnehmer/innen und ihr soziales Umfeld gerichtet, als auch auf Verwaltungsabläufe und Entwicklungen der regionalen Dienstleistungsstrukturen.

Ziel der wissenschaftlichen Begleitforschung war es, förderliche und hinderliche Bedingungen für die Leistungserbringung in Form eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets zu identifizieren und hieraus praxisnah Handlungsempfehlungen für den Gesetzgeber, die Leistungsträger und Leistungserbringer abzuleiten.

Knapp drei Jahre nach Projektbeginn liegt mit diesem Bericht ein Resümee der wissenschaftlichen Begleitforschung vor. **Kapitel 1** des Berichts widmet sich der Grundidee trägerübergreifender Persönlicher Budgets und stellt diese in den Kontext sozialpolitischer Entwicklungen, rechtlicher Vorgaben und bereits vorliegender nationaler Erfahrungen mit Persönlichen Budgets.

In **Kapitel 2** wird die Konzeption und Herangehensweise der wissenschaftlichen Begleitforschung beschrieben; Untersuchungsbereiche, Fragestellungen und methodisches Vorgehen werden erläutert. Die regionalen Voraussetzungen und Besonderheiten sowie die Organisation des Projektablaufs der acht Modellregionen werden hier ebenfalls beschrieben.

Der Umsetzung trägerübergreifender Persönlicher Budgets in den Modellregionen widmet sich **Kapitel 3**. Die bewilligten Persönlichen Budgets werden hier einer Analyse unterzogen (Anträge und bewilligte Budgets, beteiligte Leistungsträger und Zusammensetzung der Budgets, Budgethöhen) und die Lebenssituationen und Bedarfslagen der Budgetnehmer/innen dargestellt.

In **Kapitel 4** werden die Verfahrensabläufe analysiert und die in den Modellregionen entwickelten und praktizierten Lösungen zu den Kernprozessen „Bedarfsfeststellung“, „Budgetbemessung“ und „Zielvereinbarung“ vorgestellt und diskutiert.

Budgetberatung und -unterstützung („Budgetassistentz“) stehen im Mittelpunkt des **Kapitels 5**. Bedarf und Nachfrage werden ebenso untersucht wie das Angebot unabhängiger Beratungsstellen und unterstützende Leistungen durch gesetzliche Betreuer/innen.

Dem trägerübergreifenden Persönlichen Budget im Kontext bestehender Versorgungsstrukturen widmet sich **Kapitel 6**. Neben den Angebotsstrukturen in den Modellregionen wird auch die Beteiligung der Leistungsanbieter an der Umsetzung Persönlicher Budgets und die konkrete Verwendung des Budgets durch die Leistungsberechtigten analysiert.

Die Erfahrungen und Bewertungen der Budgetnehmer/innen sind Gegenstand des **Kapitels 7**. Es umfasst die Motivation der Leistungsberechtigten, Persönliche Budgets zu beantragen sowie ihre Erfahrungen in der Nutzung der Budgets. Auch die Wirkungen des Persönlichen Budgets auf die Lebensführung der Budgetnehmer/innen, ihre Zufriedenheit mit dem Persönlichen Budget bzw. mit der damit ermöglichten Lebensgestaltung und ihre Gesamtbewertung Persönlicher Budgets werden thematisiert. Sechs Fallstudien geben Einblick in das „Leben mit dem Budget“.

In **Kapitel 8** werden abschließend Schlussfolgerungen aus den Erfahrungen, die im Verlauf des Modellvorhabens gesammelt werden konnten, gezogen und Handlungsempfehlungen formuliert.

Die Modellerprobung „Trägerübergreifender Persönlicher Budgets“ betrat in verschiedener Hinsicht Neuland: Erstmals fand ein solches Modellprojekt in verschiedenen Bundesländern zeitgleich statt; es galt dabei jeweils Strategien und Lösungen zu finden, die den spezifischen Rahmenbedingungen Rechnung trugen. In den Modellregionen konstituierten sich Arbeitskreise, in denen nicht nur Sozialhilfeträger vertreten waren; über Leistungen der Eingliederungshilfe hinaus konnten erstmals auch Leistungen im Zuständigkeitsbereich der Bundesagentur für Arbeit, der Integrationsämter und der Pflegekassen mit einbezogen werden. Auch wenn sich nicht alle Hoffnungen und Wünsche vor allem hinsichtlich der Möglichkeiten trägerübergreifender Kooperation erfüllten, ist das Engagement aller beteiligten Sozialleistungsträger doch hervorzuheben. Besonderer Dank gilt diesen auch für ihre Kooperationsbereitschaft mit dem Team der wissenschaftlichen Begleitung, die auch durch die vielfältigen Anforderungen der Datenerhebung nicht geschmälert werden konnte.

Zu den zentralen Akteuren der Modellerprobung zählen die Menschen mit Behinderung, die sich nicht nur bereit fanden, Persönliche Budgets zu beantragen, sondern auch über deren Nutzung und deren Wirkung auf ihre Lebenssituation Auskunft zu geben. Ohne diese Menschen wäre das Modellprojekt nicht möglich gewesen; ihre Erfahrungen machen immer wieder weiteren behinderten Menschen Mut, sich auf die neue Leistungsform „Persönliches Budget“ einzulassen.

Dank gebührt auch dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, das diese Modellerprobung mit wissenschaftlicher Begleitung initiiert und – nicht nur finanziell – unterstützt hat.

Zum Team der wissenschaftlichen Begleitung gehören Mitarbeiter/innen, die ihre Arbeit eher im Hintergrund leisteten. Ihr Engagement bei der Interviewführung, der Datenverarbeitung, der Literaturrecherche und vielem anderen mehr trug wesentlich dazu bei, die gestellten

Aufgaben bewältigen zu können. Wir danken dafür besonders Anke Springer, Christian Gerle und Désirée Kleinebecker.

Nach Abschluss der Modellphase verlässt das trägerübergreifende Persönliche Budget das „Experimentierfeld“. Es bleibt zu wünschen, dass die in der Modellerprobung gewonnenen Erfahrungen genutzt werden können, die Inanspruchnahme dieser Leistungsform alltäglich werden zu lassen.

1 Persönliches Budget: Grundidee und rechtliche Voraussetzungen

1.1 Sozialpolitischer Richtungswechsel: Selbstbestimmung und Teilhabe stärken

Die Einführung des Persönlichen Budgets als neue Form der Leistungserbringung ist Ausdruck sozialpolitischer Reformbemühungen in Deutschland und eines grundlegenden Richtungswechsels in der Politik für Menschen mit Behinderung: Leistungsberechtigte sollen nicht länger als Objekt wohlfahrtsstaatlicher Fürsorge (mit standardisierten Leistungen) versorgt werden, vielmehr wird ein neuer Kurs verfolgt, der

- die Subjektstellung des Einzelnen fördern,
- eine selbstbestimmte Lebensführung und
- die Eigenverantwortlichkeit für die Bewältigung von Lebenslagen unterstützen,
- Risiken der Ausgrenzung mindern oder beseitigen und
- die umfassende Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Leben der Gesellschaft verwirklichen soll.

Neben der Einführung wichtiger rechtlicher Rahmenbedingungen, wie das Bundesgleichstellungsgesetz (BGG) und das Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GsiG), gehen wesentliche Impulse zur Umsetzung dieses politischen Programms insbesondere von der Einführung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – und seinen präzisierten Zielsetzungen im Jahre 2001 aus. Mit dem SGB IX tritt als Ziel aller Rehabilitationsleistungen an die Stelle des traditionellen Begriffs der Eingliederung der Begriff der Teilhabe. Dieser steht im Zusammenhang mit einem international sich wandelnden Verständnis von Behinderung, wie es in der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2001) zugrunde gelegt wird. Eine ‚Behinderung‘ ist nach diesem bio-psycho-sozialen Modell das Ergebnis der (negativen) Wechselwirkung einer Person, ihren Gesundheitspotentialen und Umweltfaktoren. Neben der Beeinträchtigung von Körperstrukturen und -funktionen sowie von Aktivitäten manifestiert sich Behinderung demnach vor allem als Einschränkung der Partizipation in wesentlichen Lebensbereichen wie Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung oder soziales Leben. Aufgabe von Rehabilitation ist es vor diesem Hintergrund, durch individuell passende Unterstützung die Chancen der Partizipation zu erhöhen und Risiken der Ausgrenzung zu mindern. Welche Ressourcen hierfür im Einzelfall erforderlich sind, ist abhängig von den individuellen Aufgaben, Kompetenzen und Risiken von Menschen mit Behinderung in ihren jeweiligen Lebensräumen. Ihre Mitwirkung bei der Auswahl und Gestaltung geeigneter Leistungen ist daher unverzichtbares Element einer teilhabeorientierten Rehabilitation – dies betrifft Fragen der allgemeinen Programm- und Versorgungsstruktur ebenso wie die Feststellung von Bedarfen und Bestimmung von Leistungen im individuellen Fall.

Das SGB IX unterstützt die Partizipation der Leistungsberechtigten durch eine Stärkung ihres Wunsch- und Wahlrechtes bei der Entscheidung über Leistungen sowie bei der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe (§ 9 Abs. 1 SGB IX). Damit dieses Wunsch- und Wahlrecht realisiert werden kann, sollen die gewachsenen Leistungsstrukturen (insbesondere der Eingliederungshilfe) in Deutschland weiterentwickelt werden. „Dabei haben der Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘, die Verzahnung ambulanter und stationärer Dienste, Leistungserbringung ‚aus einer Hand‘ sowie die Umsetzung der Einführung des Persönlichen Budgets einen zentralen Stellenwert“ (KOALITIONSVERTRAG CDU, CSU, SPD 2005, 84).

1.2 Das Persönliche Budget als Steuerungsinstrument für gesellschaftliche Teilhabe

Der skizzierte Richtungswechsel in der Politik für Menschen mit Behinderung von der Versorgung zur individuellen Unterstützung einer selbstbestimmten Lebensführung erfordert geeignete (politische und verwaltungstechnische) Steuerungsinstrumente, welche die Nutzerorientierung und Partizipation stärken und die gewünschten Wirkungen in Richtung Teilhabe unterstützen. Zugleich gilt es unter den Vorzeichen einer veränderten Leistungsfähigkeit des Wohlfahrtsstaates (Verknappung öffentlicher Ressourcen durch soziale und wirtschaftliche Entwicklungen), die Ausgabenentwicklung in der Rehabilitation zu dämpfen bzw. die erforderlichen Ressourcen möglichst zielgenau und wirtschaftlich einzusetzen. Erfolg versprechend erscheinen dabei Instrumente, die in der Abkehr von schematisierten und standardisierten Verfahren der Problembearbeitung stärker an den individuellen Lebenssituationen und Perspektiven anknüpfen und dabei die Nachfragedimension in den Mittelpunkt stellen. Vor diesem Hintergrund wird – beeinflusst auch durch positive Erfahrungen in europäischen Nachbarländern wie den Niederlanden und Schweden – in Deutschland mit dem SGB IX erstmalig die Möglichkeit geschaffen, Rehabilitationsleistungen als Persönliches Budget zu erbringen. Das Persönliche Budget ist keine neue Leistung, sondern eine alternative Variante, wie Leistungen zur Teilhabe ausgeführt werden können. An die Stelle der öffentlichen Bereitstellung und Finanzierung von rehabilitativen Einrichtungen und Diensten tritt eine bedarfsorientierte Geldleistung, die Menschen mit Behinderung gemäß ihren individuellen Vorstellungen und Bedürfnissen in eigener Verantwortung für die Organisation erforderlicher Unterstützung einsetzen können. Es wird erwartet, dass der eigenverantwortliche Einsatz von Ressourcen durch die Leistungsberechtigten selbst

- den Wettbewerb im Bereich der sozialen Dienste erhöht und einen nachfrageorientierten Angebotswandel zugunsten ambulanter Leistungen unterstützt,
- persönliche Ressourcen der Leistungsberechtigten und informelle Unterstützungssysteme (wieder-)belebt und stärkt sowie
- die Qualität und Passgenauigkeit sozialer Leistungen durch Partizipation steigert.

Das Persönliche Budget knüpft an die Finanzierungsreformen der Eingliederungshilfe in den 1990er Jahren an, geht aber in seinem Innovationspotential deutlich über diese hinaus. So wurde zwar die Pauschalfinanzierung von Einrichtungen und Diensten durch differenzierte Verfahren der Bedarfsermittlung und Leistungsvereinbarungen (nach § 93 BSHG, seit 2005 §§ 75ff. SGB XII) abgelöst und die Zuweisung von Ressourcen für ein vorgehaltenes Angebot („Input“) auf eine leistungs- und ergebnisbezogene Finanzierung („Output“) umgestellt.

Die damit verbundene Qualitätserwartung an die sozialen Dienste sowie die Hoffnung, die neu entstandene Konkurrenzsituation wirke sich insgesamt in Richtung einer Kostensenkung aus, konnten allerdings bis heute nicht in dem erwarteten Umfang erfüllt werden. Auch die Stärkung der Nutzerposition wird in der Umsetzung vielfach ausgeblendet, weil durch die Fortschreibung des Sachleistungsprinzips und durch die Vertragsverhandlungen zwischen Leistungsträgern und -anbietern der gesamte Leistungsprozess von der Bedarfsermittlung bis zur Qualitätsbeurteilung im Wesentlichen vom Angebot bzw. von organisatorischen Erfordernissen her gesteuert wird und damit die Verwirklichung des Wunsch- und Wahlrechtes sowie eine passgenaue Leistungserbringung strukturell erschwert werden.

Das Persönliche Budget kann eine besondere Impulskraft für eine grundlegende Erneuerung des Rehabilitationssystems entfalten, weil es nicht wie die bisherigen Finanzierungsformen an der Erbringerseite von Leistungen ansetzt, sondern die relevanten Ressourcen (Geldressourcen wie auch Zuständigkeiten und „Macht“) radikal zugunsten der Nachfrageseite umsteuert. Damit werden die Beziehungen im System der Rehabilitation auf eine ganz neue Basis gestellt und die „Kräfteverhältnisse“ verlagert:

- Die traditionell engen (gesetzlich legitimierten) Vertragsbeziehungen zwischen Leistungsträgern und -anbietern (vgl. Abbildung 1) werden aufgelöst oder zumindest geschwächt.
- Im Mittelpunkt der neuen Leistungsbeziehungen steht der Mensch mit Behinderung selbst (vgl. Abbildung 2), der auf der einen Seite in Beziehung tritt zu den Leistungsträgern. Sie übernehmen die Verantwortung für die Gewährleistung bedarfsdeckender Leistungen und müssen einen beständigen Dialog führen mit den Leistungsberechtigten wie auch mit den im Einzelfall beteiligten weiteren Leistungsträgern.
- Auf der anderen Seite wird der Leistungsberechtigte Verhandlungspartner der Anbieter sozialer Dienstleistungen; auch ihre Beziehung gestaltet sich auf der Grundlage direkter Verträge mit den „Kunden“ neu.

Das Persönliche Budget als Instrument der Selbststeuerung eröffnet Menschen mit Behinderung damit die Chance, ihre passive Rolle als Adressaten von Verwaltungshandeln und als Empfänger expertendefinierter Hilfeleistungen zu verlassen und den Leistungsprozess aktiv mitzugestalten. Dies unterstützt sowohl die Verwirklichung bürgerlicher Mitbestimmungs- und Mitwirkungsrechte (demokratische Partizipation) als auch die Konsumentensouveränität auf einer Art ‚Dienstleistungsmarkt‘ (Koproduktion).

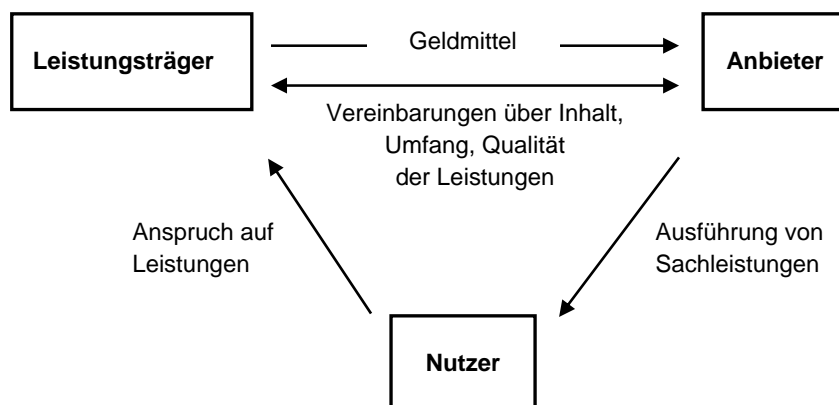


Abbildung 1: Leistungsbeziehungen nach dem Sachleistungsprinzip

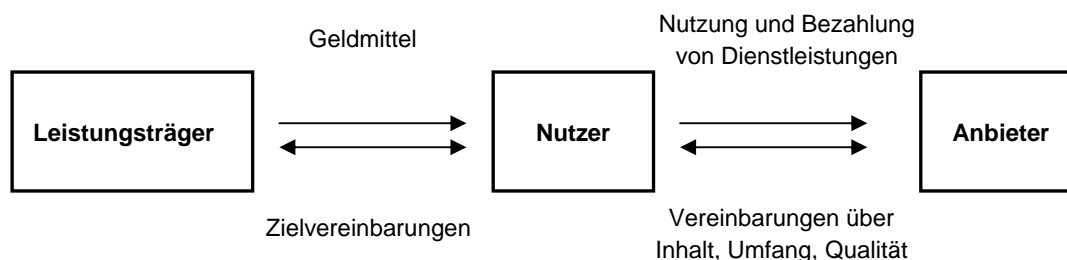


Abbildung 2: Leistungsbeziehungen im Rahmen eines Persönlichen Budgets

1.3 Rechtliche Rahmenbedingungen

1.3.1 Sozialgesetzbuch IX und Budgetverordnung

Grundvoraussetzung für die Leistungserbringung über ein Persönliches Budget ist ein Anspruch auf Teilhabeleistungen nach § 5 Nr. 1, 2 und 4 SGB IX und ein Antrag des Leistungsberechtigten auf deren Ausführung in Form eines Persönlichen Budgets. Während der Erprobungsphase entscheidet der Rehabilitationsträger (nach pflichtgemäßem Ermessen) über den entsprechenden Antrag; nach der Erprobungsphase (ab dem 1.1.2008) besteht nach § 159 Abs. 5 SGB IX ein Rechtsanspruch auf die Ausführung eines Persönlichen Budgets.

Die konkrete Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget wird im Kern in § 17 SGB IX geregelt. In der Erstfassung des SGB IX vom Juli 2001 heißt es dazu: „Der zuständige Leistungsträger kann Leistungen zur Teilhabe (...) durch ein Persönliches Budget ausführen. Er bleibt für die Ausführung der Leistung verantwortlich. Satz 1 Nr. 1 bis 3 gilt insbesondere dann, wenn der Rehabilitationsträger die Leistung dadurch wirksamer oder wirtschaftlicher erbringen kann“.

Diese zunächst knappen Ausführungen, die den rechtlichen Rahmen für einzelne (inzwischen abgeschlossene) Modellerprobungen durch die Rehabilitationsträger darstellen, wurden im Zuge der Fortentwicklung des Sozialrechts weiter ausgestaltet:

- durch die Einordnung des Sozialhilferechts (BSHG) in das SGB XII zum 1. Juli 2004,
- durch das Inkrafttreten der Budgetverordnung (BudgetV), ebenfalls zum 1. Juli 2004, sowie
- durch das Verwaltungsvereinfachungsgesetz vom 21. März 2005.

Die Weiterentwicklung bzw. Präzisierung der gesetzlichen Bestimmungen zum Persönlichen Budget betrifft im Kern die Ausführungen bezüglich der beteiligten Leistungsträger und ihrer Koordination sowie die Festlegung budgetfähiger Leistungen.

Beteiligte Leistungsträger

In der ersten Fassung waren für die Ausführung eines Persönlichen Budgets zunächst ausschließlich die Rehabilitationsträger (einschließlich der Träger der Sozialhilfe, die – unter Beibehaltung ihrer Nachrangigkeit – im SGB IX erstmalig in den Kreis der Rehabilitationsträger einbezogen wurden) vorgesehen. Mit der Neufassung zum 1. Juli 2004 erhalten nun

auch die Pflegekassen und die Integrationsämter die Möglichkeit, ihre Leistungen über Persönliche Budgets zu erbringen (vgl. Abbildung 3).

- Gesetzliche Krankenversicherung
- Bundesagentur für Arbeit
- Gesetzliche Unfallversicherung
- Gesetzliche Rentenversicherung
- Kriegsopferversorgung, -fürsorge
- Kinder- und Jugendhilfe
- Sozialhilfe
- Soziale Pflegeversicherung (seit 2004)
- Integrationsämter (seit 2004)

Abbildung 3: Mögliche Leistungsträger Persönlicher Budgets

Komplexleistung

Persönliche Budgets können im Einzelfall von nur einem oder von mehreren dieser Leistungsträger ausgeführt werden. Sind mehrere Leistungsträger beteiligt, soll das Persönliche Budget trägerübergreifend als „Komplexleistung“ erbracht werden. Menschen mit komplexen Unterstützungsbedarfen, die einen Anspruch gegenüber verschiedenen Leistungsträgern haben, erhalten somit ein Gesamtbudget „wie aus einer Hand“ (vgl. Abbildung 4).

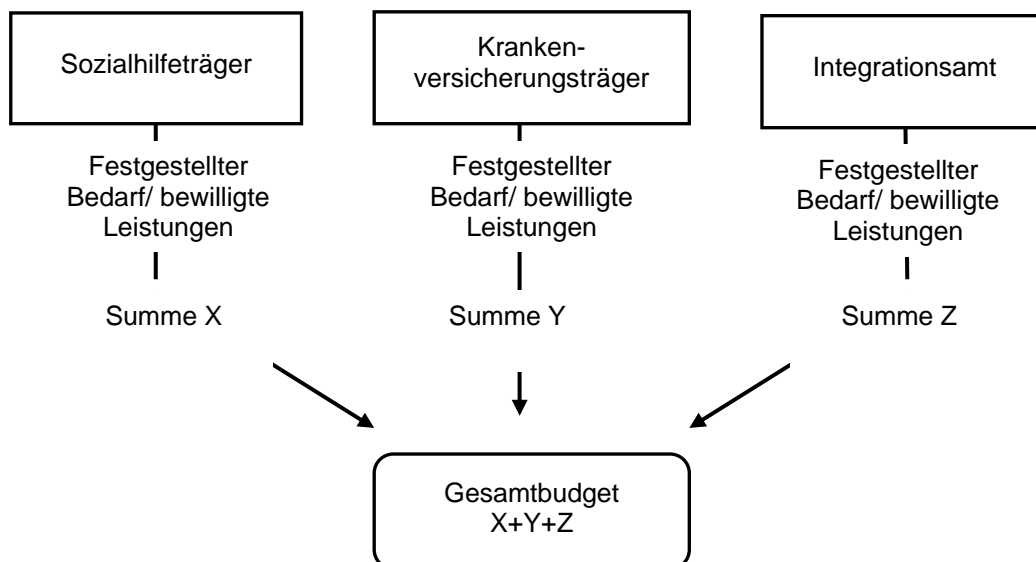


Abbildung 4: Beispiel für eine Komplexleistung „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“

Budgetfähige Leistungen

Neben der Festlegung möglicher Leistungsträger wurde auch die Bestimmung relevanter Leistungen weiterentwickelt. Gab es hierzu in der ersten Fassung des § 17 SGB IX keine spezifischen Vorgaben, so wurden mit der Neufassung im Juli 2004 die budgetfähigen Leis-

tungen eingegrenzt auf solche, die sich auf „alltägliche, regelmäßig wiederkehrende und regiefähige Bedarfe beziehen“. Diese Vorgabe wurde durch die Änderungen des Verwaltungsvereinfachungsgesetzes wieder zurückgenommen bzw. die Frage der Budgetfähigkeit nun eindeutiger geregelt (auch vor dem Erfahrungshintergrund, dass der Begriff der „Regiefähigkeit“ häufig auf Leistungsberechtigte bezogen und die „Budgetfähigkeit“ bestimmter Personenkreise infolge dessen in Frage gestellt wurde). Demnach sind prinzipiell *alle* Leistungen zur Teilhabe nach SGB IX budgetfähig. Darüber hinaus können nach § 17 Abs. 2 Satz 4 SGB IX auch „Leistungen der Krankenkassen und der Pflegekassen, Leistungen der Träger der Unfallversicherung bei Pflegebedürftigkeit sowie Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe, die sich auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe beziehen“ als Persönliche Budgets erbracht werden.

Koordination und Kooperation der Leistungsträger

Neben den budgetrelevanten Leistungsarten und Leistungsträgern regelt der Gesetzgeber durch den § 17 SGB IX und die Budgetverordnung zentrale Verfahrensfragen bei der Ausführung Persönlicher Budgets. Gemäß einem Hauptanliegen des SGB IX, die (teils beitrags-, teils steuerfinanzierten) Leistungen der unterschiedlichen Leistungsträger (vgl. Abbildung 3) für die Leistungsberechtigten besser zu koordinieren, erfordert insbesondere eine Komplexleistung wie das Persönliche Budget ein effektives und effizientes „Schnittstellenmanagement“. Zuständigkeiten sind schnell und unbürokratisch zu klären und die Verfahrensprozesse von der Antragstellung bis zur Qualitätssicherung zwischen den beteiligten Leistungsträgern so zu koordinieren, dass das Persönliche Budget für den Budgetnehmer tatsächlich „wie aus einer Hand“ erbracht wird. Im Gesamtverfahren eines Persönlichen Budgets erhält in diesem Zusammenhang der mit diesen Aufgaben „beauftragte“ Leistungsträger eine zentrale Funktion (vgl. Abbildung 5). Für die Rolle des Beauftragten ist prinzipiell der nach § 14 SGB IX zuständige Leistungsträger vorgesehen; in der geltenden Fassung des SGB IX (Änderung durch das Verwaltungsvereinfachungsgesetz 2005) wurde die diesbezügliche Vorgabe jedoch flexibilisiert, so dass in Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten und den jeweils beteiligten Leistungsträgern auch ein anderer Leistungsträger beauftragt werden kann. Dies ist beispielsweise dann sinnvoll, wenn der Antrag auf ein Persönliches Budget bei einem Leistungsträger gestellt wird, der letztlich gar nicht mit eigenen Leistungen am Persönlichen Budget beteiligt ist. Abbildung 5 stellt die wesentlichen Verfahrensschritte von der Beantragung bis zur Ausführung eines Persönlichen Budgets zusammen, wie sie in den Bestimmungen des § 17 SGB IX und der Budgetverordnung vorgesehen sind.

Die Ausgestaltung der Kernelemente Bedarfsfeststellung, Budgetbemessung und Zielvereinbarung wird in Kapitel 4 ausführlicher erörtert werden.

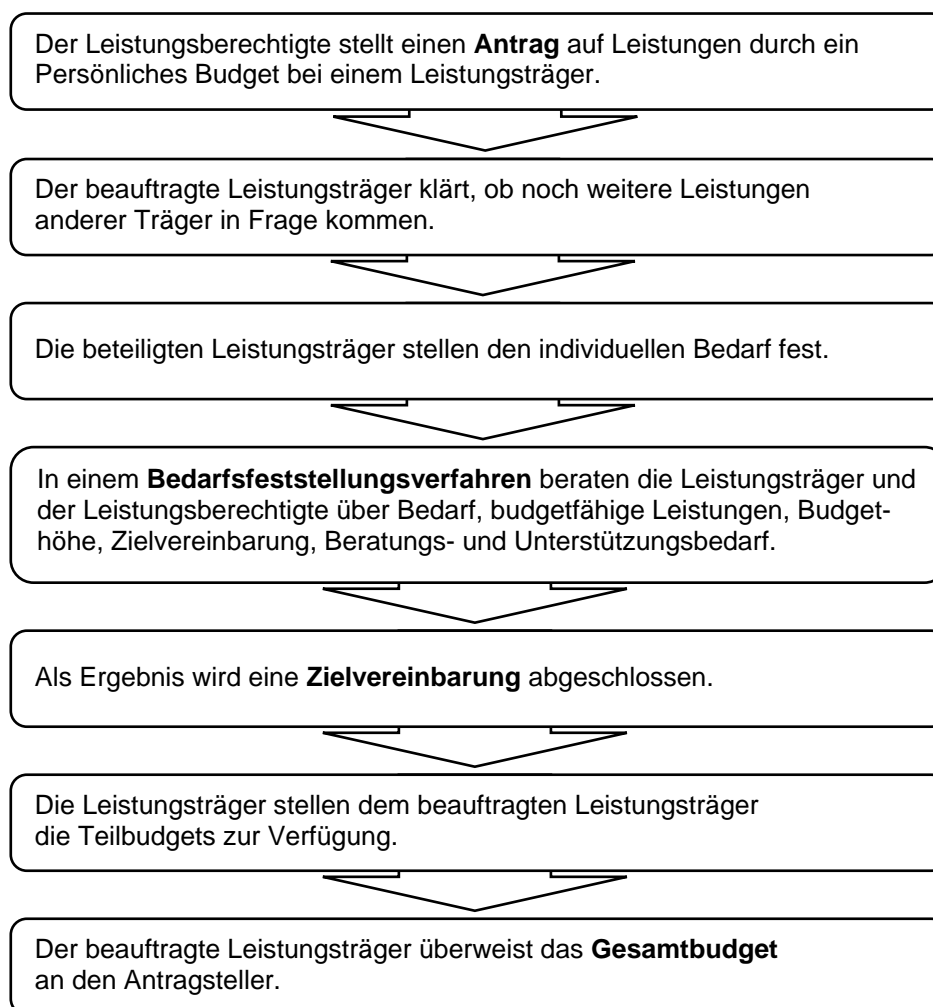


Abbildung 5: Koordination und Kooperation beteiligter Leistungsträger bei der Ausführung eines (trägerübergreifenden) Persönlichen Budgets (nach § 17 SGB IX und BudgetV)

1.3.2 Verankerung in den Leistungsgesetzen

Die Kernregelungen zur Ausführung Persönlicher Budgets in § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX sowie die Bestimmungen der Budgetverordnung sind für alle Leistungsträger gültig. Zugleich sind diese bei der Leistungserbringung in ihren Zuständigkeitsbereichen an die Bestimmungen der einzelnen Leistungsgesetze gebunden sowie an diesbezügliche Vorgaben zur Ausführung Persönlicher Budgets.

Obwohl in jedem Leistungsgesetz der beteiligten Leistungsträger auf die Möglichkeit der Ausführung von Leistungen als Persönliches Budget bzw. als Teil eines trägerübergreifenden Budgets verwiesen wird (vgl. Abbildung 6), erfolgt die Einbettung dieser Leistungsform zum Teil nur unvollständig bzw. im Widerspruch zu allgemeinen Leistungsprinzipien, so dass für die konkrete Ausführung zunächst verschiedene Fragen offen bleiben.¹

¹ Diese Fragen wurden gebündelt im Rahmen einer Rechtsexpertise bearbeitet (vgl. WELTI, RUMMEL 2007).

• Arbeitsförderung:	§ 103 SGB III
• Gesetzliche Krankenversicherung:	§§ 2 und 11 SGB V
• Gesetzliche Rentenversicherung:	§ 13 SGB VI
• Gesetzliche Unfallversicherung:	§ 26 SGB VII
• Kinder- und Jugendhilfe:	§ 35a SGB VIII
• Soziale Pflegeversicherung:	§§ 28 und 35a SGB XI
• Sozialhilfe:	§§ 57 und 61 SGB XII
• Kriegsopferversorgung/-fürsorge:	§ 27d Abs. 3 BVG i.V.m. 5. und 6. Kapitel SGB XII §§ 26, 26a BVG, §§ 1-17 KfürsV
• Integrationsämter:	§ 102 Abs. 7 SGB IX

Abbildung 6: Verankerung des Persönlichen Budgets in den einzelnen Leistungsgesetzen

SGB III

In den ersten Handlungsempfehlungen/Geschäftsanweisungen der Bundesagentur für Arbeit wurde der eigentliche „Maßnahmebereich“ der Teilhabe am Arbeitsleben (nach § 103 SGB III) als Leistung für ein Persönliches Budget zunächst ausgeklammert. Nach der eindeutigen Regelung budgetfähiger Leistungen durch das Verwaltungsvereinfachungsgesetz wurden die Handlungsempfehlungen umfassend überarbeitet und die Möglichkeiten der Leistungserbringung über Persönliche Budgets wesentlich weiter gefasst, so dass nun grundsätzlich alle Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Zuständigkeit der Bundesagentur für Arbeit über Persönliche Budgets ausgeführt werden können.

SGB V

Im SGB V wird in § 11 auf das Persönliche Budget als mögliche Leistungsform in der gesetzlichen Krankenversicherung verwiesen. Ungeklärt bleibt allerdings die Abstimmung der Geldleistung mit dem allgemeinen Sach- und Dienstleistungsprinzip im Leistungsrecht (§ 2 Abs. 2 SGB V). So heißt es in den „Empfehlungen der Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen zur Umsetzung des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets vom 28. Juni 2004“ (SPITZENVERBÄNDE DER KRANKEN- UND PFLEGEKASSEN 2004, 13): „An die Darlegung der Notwendigkeit entsprechender Leistungen sind grundsätzlich die gleichen Bedingungen zu knüpfen wie bei Sachleistungen (z.B. ärztliche Verordnung der jeweiligen Leistungen)“. Es ist allerdings davon auszugehen, dass die Ausführung Persönlicher Budgets unter den gleichen Bedingungen wie Sach- und Dienstleistungen die Spielräume bei der Leistungsgestaltung für die Budgetnehmer/innen erheblich einschränken. Dies gilt auch für die eng definierten Maßnahmekataloge der Krankenversicherung (z.B. die Rahmenvereinbarungen über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining).

SGB VI

Im Leistungsgesetz der Rentenversicherung verweist § 13 Abs. 1 Satz 2 SGB VI auf die Möglichkeit, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen als Persönliches Budget auszuführen. In Verbindung mit § 13 Abs. 1 Satz 1 SGB VI kann die Regelung so verstanden werden, dass das Recht des Leis-

tungsträgers, Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung zu bestimmen, mit dem Persönlichen Budget zumindest teilweise auf den Leistungsberechtigten übergeht.

SGB VII

Die Träger der Unfallversicherung können bei der Ausführung Persönlicher Budgets bereits auf Erfahrungen mit Geldleistungen z.B. im Rahmen der „Teilförderung“ bei Leistungen der beruflichen Rehabilitation zurückgreifen. Hierbei werden die Kosten der von der Versicherung vorgesehenen Sachleistung als Budget an den Leistungsberechtigten ausgezahlt, wenn dieser z.B. eine Maßnahme der beruflichen Bildung wünscht, die über seine bisherige berufliche Tätigkeit/Qualifikation hinausgeht und damit seinen Rehabilitationsanspruch übersteigt (z.B. Studium).

Eine Kombination von Budgetleistungen der Unfallversicherung mit Budgets anderer Leistungsträger in einem trägerübergreifenden Budget ist allerdings aufgrund der umfassenden (kausalen) Zuständigkeit der Unfallversicherungsträger im Leistungsfall nur in sehr wenigen Situationen vorstellbar (vgl. UNFALLVERSICHERUNGSTRÄGER DER ÖFFENTLICHEN HAND 2007, 7).

Dies trifft in der Regel auch für eine Zuständigkeit eines Trägers der Kriegsofopferfürsorge zu.

SGB VIII

Insgesamt sind im SGB VIII die Leistungen, die als Persönliches Budget erbracht werden können, auf seelisch behinderte Kinder und Jugendliche begrenzt. Die Leistungsform des Persönlichen Budgets wird in diesem Sozialgesetzbuch zugleich nicht explizit aufgeführt; die Möglichkeit dazu ergibt sich vielmehr im Kontext des § 35a Abs. 3 SGB VIII, der einen Verweis auch auf § 57 SGB XII enthält.

SGB XI

Die Leistungen der Pflegeversicherung nehmen im Rahmen des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets bzw. seiner Modellerprobung insofern eine Sonderrolle ein, als das Leistungsrecht im SGB XI die Möglichkeiten der Geldleistung in mehrfacher Weise einschränkt. So können Pflegebedürftige nach § 35a SGB XI Pflegeleistungen zwar auch als Teil eines trägerübergreifenden Budgets erhalten, bei der Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI ist jedoch nur das anteilige und im Voraus bestimmte Pflegegeld als Geldleistung budgetfähig, und die Sachleistungen nach den §§ 36, 38 und 41 SGB XI dürfen nur in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt werden, die zur Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegeeinrichtungen berechtigen.

Insbesondere die Gutscheinlösung schränkt jedoch für die Leistungsberechtigten die Spielräume einer Komplexleistung erheblich ein, weil die Gutscheine z.B. nicht für integrierte Assistenzlösungen im sog. Arbeitgebermodell Anwendung finden können.

Zwar besteht im Rahmen von Modellversuchen zum Pflegebudget nach § 8 SGB XI (vgl. <http://www.pflegebudget.de>) die Möglichkeit, auch Pflegeleistungen nach § 36 SGB XI als Geldleistung (in Höhe der vergleichbaren Sachleistung) in Anspruch zu nehmen. Dabei sind sowohl die Pflegebedürftigen als auch die Pflegedienste vom Verrichtungsbezug des § 14 SGB XI befreit. Eine Kombination dieses Pflegebudgets mit Persönlichen Budgets anderer Leistungsträger – als sog. „Integriertes Budget“ – ist im Rahmen dieser Modellerprobung nur

an zwei Standorten in Rheinland-Pfalz (Kreis Neuwied, Stadt Mainz) vorgesehen (vgl. <http://www.integriertesbudget.de>). Eine Verknüpfung dieser Ansätze mit den Modellprojekten „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“ ist nicht möglich.

SGB XII

Die leistungsrechtlichen Regelungen der Sozialhilfeträger als den Rehabilitationsträgern mit der umfassendsten Aufgabenstellung erlauben aufgrund der weit gefassten Leistungsprofile grundsätzlich vielfältige Spielräume bei der Ausführung Persönlicher Budgets für ein breites Spektrum an medizinischen, heilpädagogischen, Bildungs- und anderen Rehabilitationsmaßnahmen.

Leistungen der sozialen Entschädigung (Bundesversorgungsgesetz)

Im Rahmen der Kriegsopferversorgung/-fürsorge können Rehabilitationsleistungen erbracht werden, die im Zusammenhang mit durch Verpflichtungen gegenüber dem Staat entstandenen Schädigungen und Behinderungen erforderlich werden (z.B. Wehr-, Zivildienst, Teilnahme an Impfungen etc.). Diese Leistungen entsprechen im Wesentlichen den im SGB IX aufgeführten Teilhabeleistungen. Im Unterschied zu anderen Sozialleistungsträgern besteht im Rahmen des Bundesversorgungsgesetzes eine umfassende Zuständigkeit; trägerübergreifende Budgets sind daher in diesem Bereich formal nicht möglich.

Integrationsämter

Nach § 102 Abs. 2-5 SGB IX zählen zu den Aufgaben der Integrationsämter auch die begleitenden Hilfen im Arbeitsleben: Diese können nach § 102 Abs. 7 auch als Persönliches Budget ausgeführt werden. Allerdings handelt es sich bei der Mehrzahl der beschriebenen Leistungen um Ermessensleistungen; davon ausgenommen ist nur die sog. Arbeitsassistenz, auf die nach § 102 Abs. 4 SGB IX ein Rechtsanspruch besteht.

1.4 Stand der Umsetzung und Erfahrungen mit dem Persönlichen Budget in Deutschland

Bereits seit der ersten Fassung des SGB IX (§ 17 Abs. 3) aus dem Jahre 2001 ist eine Erprobung Persönlicher Budgets durch die Rehabilitationsträger in Modellvorhaben vorgesehen. Die Umsetzung erfolgte allerdings insgesamt zögerlich. In folgenden Modellprojekten wurde das Persönliche Budget im Zeitraum bis 2005/2006 erprobt (für eine Übersicht vgl. Tabelle 1, für eine ausführliche Darstellung vgl. WACKER, WANSING, SCHÄFERS 2005, 61ff.):

Als erstes Bundesland führte Rheinland-Pfalz (zunächst auf Basis der Experimentierklausel des § 101a BSHG) ein Persönliches Budget im Bereich der Eingliederungshilfe in vier Modellkommunen ein; im Modellzeitraum von September 1998 bis Dezember 2000 erhielten hier 119 Personen ein Persönliches Budget (vgl. KAAS 2002).

In Baden-Württemberg wurde das Persönliche Budget von 2002 bis 2005 in drei Landkreisen erprobt (vgl. KASTL, METZLER 2005). Dabei wurden insgesamt 37 Budgets in der Zuständigkeit der Sozialhilfeträger/Eingliederungshilfe und 12 Budgets in der Zuständigkeit der Rentenversicherung bewilligt. Trägerübergreifende Budgets konnten nicht realisiert werden, obwohl in der Konzeption ausdrücklich ein trägerübergreifender Ansatz vorgesehen war.

In Hamburg fand eine Modellerprobung von Januar 2003 bis Juni 2005 statt. Hierbei wurden Persönliche Budgets im Bereich der ambulanten Eingliederungshilfe für insgesamt 18 Budgetnehmer/innen umgesetzt.

Im Bezirk Mittelfranken (Bayern) wurde im Juli 2003 mit der Umsetzung Persönlicher Budgets im Bereich der Eingliederungshilfe begonnen. Im Modellzeitraum bis Mitte 2004 erhielten insgesamt zehn Leistungsberechtigte ein Persönliches Budget.

In Nordrhein-Westfalen wurde von August 2003 bis September 2006 im Rahmen des Projektes PerLe („Personenbezogene Unterstützung und Lebensqualität“) ein Modellversuch zur Umsetzung des Persönlichen Budgets in einer stationären Wohneinrichtung der Eingliederungshilfe in Bielefeld durchgeführt. Hier haben insgesamt 18 Bewohner/innen ein Persönliches Budget erhalten, um ausgewählte Teilhabeleistungen nach eigenen Wünschen organisieren zu können (vgl. WACKER, WANSING, SCHÄFERS 2005; SCHÄFERS, WACKER, WANSING 2007).

In Niedersachsen wurde das Persönliche Budget im Bereich der ambulanten Eingliederungshilfe im Zeitraum von Januar 2004 bis Dezember 2005 erprobt (vgl. WINDHEUSER, AMMANN, WARNKE 2006). In diesem Rahmen erhielten insgesamt 53 Personen ein Persönliches Budget.

Modellregion	Zeitraum	Anzahl Budgetnehmer	Budgetleistungen
Rheinland-Pfalz	09/98 - 12/00	119	Ambulante Eingliederungshilfe
Baden-Württemberg	10/02 - 05/05	49	Ambulante Eingliederungshilfe/ Teilhabe am Arbeitsleben (Rentenversicherung)
Hamburg	01/03 - 06/05	18	Ambulante Eingliederungshilfe
Mittelfranken	07/03 - 06/04	10	Eingliederungshilfe
Nordrhein-Westfalen (Projekt PerLe)	08/03 - 09/06	18	Ausgewählte Leistungen stationärer/ ambulanter Eingliederungshilfe
Niedersachsen	01/04 - 12/05	53	Ambulante Eingliederungshilfe

Tabelle 1: Übersicht über Modellversuche zum Persönlichen Budget bis zum Jahre 2005

Insgesamt ist festzustellen, dass die praktischen Erfahrungen mit dem Persönlichen Budget auch im Kontext der aufgeführten Modellversuche immer noch sehr begrenzt blieben, sowohl hinsichtlich der Erprobungszeit und der Anzahl an Budgetnehmer/innen als auch bezüglich der einbezogenen Leistungen und beteiligten Leistungsträger.

Im Zentrum der Modellerprobungen standen ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe, entweder weil dies konzeptionell so vorgesehen war oder weil stationäre Leistungen prinzipiell zwar möglich waren, in der Praxis aber kaum umgesetzt wurden. Eine Ausnahme bildet hier das Projekt PerLe, das explizit auf die Erprobung des Persönlichen Budgets im stationären Kontext ausgerichtet war.

Eine Beteiligung von Rehabilitationsträgern außerhalb der Sozialhilfe bzw. ein trägerübergreifender Ansatz war ausschließlich in der Konzeption Baden-Württembergs vorgesehen; hier erprobten jedoch neben den Trägern der Sozialhilfe nur der Träger der Rentenversicherung in eigener Zuständigkeit Persönliche Budgets.

Insgesamt zeigen sich in der Umsetzung trotz unterschiedlicher Konzepte, regionaler Voraussetzungen und Vorgehensweisen in allen Modellprojekten ähnliche Erfahrungen (vgl. im Folgenden KASTL, METZLER 2005; WACKER, WANSING, SCHÄFERS 2005; MASFG 2004; WINDHEUSER, AMMAN, WARNKE 2006):

- Zu Beginn der Modellversuche gibt es große Skepsis bei allen Beteiligten (Leistungsträgern, -anbietern, Menschen mit Behinderung und Interessensvertretungen) und die Widerstände bei der Implementierung sind zum Teil erheblich.
- Dies findet seinen Niederschlag in langen Anlaufzeiten und zunächst geringen Budgetnehmerzahlen, die jedoch im weiteren Zeitverlauf kontinuierlich steigen.
- Die Bewertungen des Persönlichen Budgets fallen durchweg positiv aus.
 - Es werden neue, individuell passende(re) Formen der Unterstützung realisiert, vielfach durch eine Kombination professioneller Leistungen mit öffentlicher Infrastruktur und nicht-professionellen bzw. privaten Hilfen, ein Heimaufenthalt kann in vielen Fällen vermieden werden.
 - Die Budgetnehmer/innen äußern insgesamt eine hohe Zufriedenheit mit dem Persönlichen Budget; sie berichten von einem gesteigerten Selbstbewusstsein und einem Zugewinn an Selbstbestimmung sowie von positiven Wirkungen auf die Möglichkeiten einer selbstständigen Lebensführung und der sozialen Teilhabe.
 - Ein „Missbrauch“ des Budgets bzw. ein zweckwidriger Einsatz der verfügbaren Mittel des Budgets wird nur selten beobachtet.

Die Umsetzung des Persönlichen Budgets wird in den o.g. Regionen nach Abschluss der Modellphase weiter fortgesetzt bzw. in Modellprojekte des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets überführt:

- In Rheinland-Pfalz wurde das Persönliche Budget sukzessive als reguläre Leistungsform landesweit eingeführt (die Umsetzung erfolgt inzwischen flächendeckend). Drei Regionen (Trier, Trier-Saarburg und Bernkastel-Wittlich) nehmen zudem an der Modellerprobung „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“ teil.
- In Baden-Württemberg wird das Persönliche Budget inzwischen ebenfalls sukzessive ausgeweitet und in weiteren Landkreisen umgesetzt.
- Die begonnene Modellerprobung im Bezirk Mittelfranken ist in das Modellprojekt „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“ überführt worden.
- Die Teilnehmer/innen des Projekts PerLe erhalten auch nach Ablauf des Modellzeitraums weiterhin ein Persönliches Budget.
- In Niedersachsen wird die Umsetzung in den (vormaligen) Modellregionen fortgeführt, von politischer Seite wird die flächendeckende Einführung des Persönlichen Budgets im Bereich der ambulanten Eingliederungshilfe empfohlen.

Da das Persönliche Budget seit der im Jahr 2004 in Kraft getretenen Neufassung des SGB IX nicht auf Modellregionen beschränkt ist, können Leistungsberechtigte im gesamten Bundesgebiet ein Persönliches Budget beantragen – auch außerhalb der ausgewiesenen Modellregionen.

1.5 Fazit

Mit dem Persönlichen Budget erhalten Menschen mit Behinderung die Möglichkeit, notwendige Unterstützung bedarfsgerecht und wunschgemäß selbst zu organisieren. Dieses neue Steuerungsinstrument intendiert eine Stärkung der Position der Leistungsberechtigten im Rehabilitationssystem und eine höhere Passgenauigkeit und Wirksamkeit rehabilitativer Leistungen.

In Deutschland wurden mit Einführung des SGB IX die rechtlichen Voraussetzungen für diese Leistungsvariante geschaffen. Deren konkrete Ausgestaltung wurde mit Änderung des SGB IX und dem Erlass einer Budgetverordnung zum 1. Juli 2004 erheblich vorangebracht. Bis Ende 2007 ist das Persönliche Budget eine Ermessensleistung, ab 2008 gibt es einen Rechtsanspruch auf das Persönliche Budget.

In der Gesamtbetrachtung bisheriger Modellversuche wird deutlich, dass einerseits das Persönliche Budget hinsichtlich der angestrebten Wirkungen – vor allem aus der Sicht der Budgetnehmer/innen und beteiligten Leistungsträger – als positiv und gewinnbringend bewertet wird. Andererseits gilt es jedoch, die Erfahrungen mit dem neuen Instrument „Persönliches Budget“ auf eine breitere Basis zu stellen hinsichtlich

- einer weiteren Verbreitung der Grundidee und Möglichkeit der Leistungserbringung Persönlicher Budgets bei allen beteiligten Akteuren (Leistungsberechtigte und ihr soziales Umfeld, Leistungsträger, Leistungsanbieter),
- eines größeren Spektrums an Leistungen, die sinnvoll in ein Persönliches Budget einbezogen werden (budgetgeeignete Leistungen),
- einer Einbeziehung weiterer Leistungsträger – auch außerhalb der Sozialhilfe,
- einer trägerübergreifenden Konzeption Persönlicher Budgets.

Zudem stellen gesetzliche Innovationen im Kontext des Persönlichen Budgets (z.B. der trägerübergreifende Ansatz, das Instrument der Zielvereinbarung usw.) neue Gestaltungsfragen, zu deren angemessenen Beantwortung es weiterer praktischer Erfahrungen bedarf. Diese Forschungs- und Erfahrungsdesiderate versuchen die Modellprojekte „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“ aufzugreifen.

2 Modellprojekte „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“

Im Kontext der Novellierung des SGB IX und des Erlasses der Budgetverordnung 2004 initiierte das damalige Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (jetzt: Bundesministerium für Arbeit und Soziales) eine Modellerprobung insbesondere des trägerübergreifenden Ansatzes Persönlicher Budgets. Nach einer öffentlichen Ausschreibung wurde ein Forschungsverbund bestehend aus den Universitäten Tübingen (Z.I.E.L.), Dortmund (Rehabilitationssoziologie) und der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg (Fakultät für Sonderpädagogik in Reutlingen) mit der wissenschaftlichen Begleitung beauftragt. Diese nahm ihre Arbeit am 1.10.2004 auf; das Projekt endete am 30.6.2007.

Mit den Fragestellungen der Modellerprobung befasst sich Kapitel 2.1. Die acht Regionen, die in die Modellerprobung einbezogen wurden, werden in Kapitel 2.2. vorgestellt. In Kapitel 2.3 wird die Konzeption der wissenschaftlichen Begleitung erläutert; dem schließt sich in Kapitel 2.4 eine Übersicht über die Methoden der Datenerhebung und -analyse an. Kapitel 2.5 gibt einen statistischen Überblick über die im Einzelnen gewonnenen Daten und Stichproben.

2.1 Fragestellungen der Modellerprobung

Übergeordnetes Ziel der wissenschaftlichen Begleitforschung ist es, förderliche und hinderliche Bedingungen für die Leistungserbringung in Form eines Persönlichen Budgets zu identifizieren und hieraus praxisnah Handlungsempfehlungen für den Gesetzgeber, die Leistungsträger und Leistungserbringer abzuleiten. Dabei richtet die Evaluation ihr Hauptaugenmerk einerseits auf die Ausgestaltung der Kernprozesse im Budgetverfahren, andererseits auf die Wirkungen Persönlicher Budgets (vgl. Abbildung 7).

Erhebung/ Diskussion von Wirkungen auf den Ebenen:	Dokumentation/ Beratung in den Kernprozessen:
<ul style="list-style-type: none">- Individuum und soziales Umfeld- Leistungsträger/ Administration- Dienstleistungsstrukturen	<ul style="list-style-type: none">- Zugang zum Persönlichen Budget- Antragsverfahren- Bedarfsfeststellung- Budgetbemessung- Zielvereinbarung- Qualitätssicherung

Abbildung 7: Untersuchungsbereiche der wissenschaftlichen Begleitforschung

Hinsichtlich der Ausgestaltung der Kernprozesse sind folgende Fragestellungen und Arbeits-hypothesen von besonderer Relevanz:

- Der *Zugang zum Persönlichen Budget* betrifft die Entscheidung darüber, inwiefern besondere Zielgruppen definiert werden, denen ein Persönliches Budget als Form der Leistungserbringung ermöglicht werden soll. Diese Entscheidung steht in engem Zusammenhang mit der grundsätzlichen Frage, welche Leistungen für ein Persönli-

ches Budget geeignet erscheinen. Es ist davon auszugehen, dass je enger die Zielgruppen definiert werden, desto enger auch der Leistungsrahmen ist, der hinsichtlich seiner Eignung beurteilt werden kann. Insofern ist zu dokumentieren, ob in den Modellregionen definierte Zielgruppen ausgewiesen werden (und wenn ja: nach welchen Kriterien) oder ob das Persönliche Budget prinzipiell für alle Personenkreise mit Leistungsanspruch geöffnet wird.

- Des Weiteren sind auch Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit zur Motivierung und Gewinnung von Budgetnehmern in den Blick zu nehmen ebenso wie die verfügbare Infrastruktur der Information, Beratung und Unterstützung im Vorfeld der Inanspruchnahme bzw. der Antragsphase im Budgetverfahren.
- Im *Antragsverfahren* selbst sind im Sinne eines trägerübergreifenden Ansatzes die Verfahrenssteuerung, d.h. Zusammenführung bislang eigenständiger Verwaltungsverfahren und deren Koordination von besonderer Bedeutung. Hier stellt sich unter dem Blickwinkel des Zusammenwirkens von Leistungen („Komplexleistung“) die Frage, wie die Rolle des Beauftragten erfüllt werden und eine gelingende Kooperation zwischen den relevanten Leistungsträgern sowie eine Koordination der Leistungen erfolgen kann.
- Bezüglich notwendiger Verfahrens- und Entscheidungsabläufe und einer fristgemäßen Bearbeitung ist auch der administrative Aufwand von der Antragstellung über die Bedarfsfeststellung bis hin zur Bewilligung (bzw. Ablehnung) eines Persönlichen Budgets zu dokumentieren.
- Bei der *Bedarfsfeststellung* sind im Kontext trägerübergreifender Budgets die Möglichkeiten gemeinsamer Einschätzung und Begutachtung individueller Bedarfslagen auszuloten. Einerseits gilt es im Sinne einer effizienten Vorgehensweise, bereits bestehende Verfahren und Strukturen der Hilfebedarfsermittlung weitgehend zu nutzen, andererseits möglichst Schnittstellen und Gemeinsamkeiten der bislang von den verschiedenen Stellen eingesetzten Verfahren zu identifizieren und in übergreifenden Konzepten zusammenzufassen. Es sind Erfahrungswerte zu sammeln, inwiefern leistungsträgerübergreifende Verfahren der Bedarfsfeststellung notwendig werden und entwickelt werden können, die den Anforderungen der einzelnen beteiligten Leistungsträger entsprechen und zugleich handhabbar sind.
- Bei der Bedarfsermittlung im Sinne eines personenzentrierten Ansatzes ist davon auszugehen, dass neben objektiven (von Leistungsvoraussetzungen abgeleiteten) Kriterien eine konsequente Orientierung an subjektiven Bedarfslagen und die Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts nur durch eine angemessene Partizipation der Antragsteller am Gesamtverfahren erreicht werden kann. Insbesondere bei Menschen mit kognitiv-kommunikativen Beeinträchtigungen sind dialogische Wege der Bedarfserhebung zu finden, welche die Perspektive der Antragsteller aufgreifen.
- Die Frage nach der *Budgetbemessung* betrifft die Art der Übersetzung eines festgestellten Bedarfs in Geldbeträge. In diesem Problemfeld sind in den einzelnen Modellregionen Erfahrungswerte zu sammeln bezüglich der Vor- und Nachteile spezifischer Bemessungsansätze. Bei der Bewertung der unterschiedlichen Modelle ist insbesondere ein Zusammenhang mit der Budgetnachfrage und -bewilligung herzustellen. Darüber hinaus ist zu ermitteln, in welchen Bedarfs- und Trägerkonstellationen eine

Kombination von Geldleistungen mit der Ausgabe von Gutscheinen bzw. Sachleistungen sinnvoll erscheint.

- Die Verwendung Persönlicher Budgets steht im Spannungsfeld zwischen der Zweckbindung der Ressourcen und der intendierten Eröffnung individueller Handlungsspielräume. Mit Hilfe des durch die Budgetverordnung eingeführten Instruments der *Zielvereinbarung* und den Regelungen der *Qualitätssicherung* sind hierzu einzelfallbezogene Lösungen möglich, die in der Modellerprobung auf ihre Wirksamkeit und Praktikabilität zu prüfen sind. Aus der Erfahrung von Budgetnehmer/innen und Leistungsträgern heraus ist insbesondere zu erfassen, inwiefern Verwendungsnachweise erforderlich sind und wie diese ggf. möglichst einfach und unbürokratisch erbracht werden können, ohne wiederum den Grundgedanken Persönlicher Budgets – mehr Selbstbestimmung und Eigenverantwortung zu ermöglichen – zu beschneiden.

Über Verfahrens- und Entscheidungsabläufe hinaus stellen die Wirkungen Persönlicher Budgets einen zentralen Forschungsschwerpunkt dar. Dabei lassen sich unterschiedliche Wirkungsebenen und -dimensionen unterscheiden:

- Auf der Ebene des *Individuums* und seines *sozialen Umfelds* ist zunächst fortlaufend der quantitative Umfang der Teilnahme an der Modellerprobung in den einzelnen Modellregionen zu erheben („Output“). Darüber hinaus ist die einzelfallabhängige Funktion des Budgets für die eigene Lebensführung und die Passung der über ein Budget organisierten Unterstützung mit der Lebenssituation des Individuums und seines sozialen Umfelds zu erfassen: Inwiefern kann über ein Persönliches Budget ein bedarfsdeckendes Unterstützungsarrangement geschaffen werden, welches sowohl den subjektiven Vorstellungen und Wünschen der Budgetnehmer/innen entspricht als auch zu einer Erweiterung personaler Handlungsspielräume, Selbstbestimmungsmöglichkeiten und Teilhabechancen führt („Outcome“)? In diesem Zusammenhang sind auch Erfordernisse der Beratung und begleitenden Unterstützung bei der Budgetplanung und -verwendung („Budgetassistenz“) sowie die budgetbezogene Funktion des sozialen Umfelds (Angehörige, Freunde, Bekannte, Nachbarn, gesetzliche Betreuer u.a.) einzubeziehen.
- Neben den individuellen Wirkungen sind auf *administrativer* Ebene strukturelle Effekte zu erheben, die sich auf die Arbeitsprozesse der Leistungsträger beziehen (z.B. Aufwand bei der Fallbearbeitung, Verwaltungsbesonderheiten, Identifikation und Lösung von Schnittstellenproblemen). Darüber hinausgehend stellt sich die Frage, welche (neuen) Anforderungen an die Qualitätssicherung sich im Kontext privatrechtlicher Leistungsvereinbarungen ergeben.
- Auf der Ebene der *Dienstleistungsstrukturen* sind vor allem qualitative Veränderungen hinsichtlich der Ausrichtung der Leistungsangebote erwartbar: Welche Leistungen werden unter Budgetbedingungen erforderlich bzw. nachgefragt? Welche Dienstleister/Personen bieten diese Leistungen an (gemeinnützig versus privat-gewerblich, professionell versus nicht-professionell)? Wird ein Leistungsmix aus ambulanten, stationären und informellen Hilfen erreichbar? Im Kontext dieser Fragen sind auch mögliche regionale Unterschiede zu berücksichtigen, die sich z.B. auf Umgebungsvariablen (städtische Infrastruktur oder ländliche Umgebung) oder leistungsrechtliche Zuständigkeitsregelungen (z.B. im Rahmen der Eingliederungshilfe) zurückführen lassen.

Durch diesen multiperspektivischen Zugang sollen sowohl Prozess- als auch Wirkungsfaktoren bei der Einführung und Erprobung Persönlicher Budgets erfasst und miteinander in Beziehung gesetzt werden. Die Multiperspektivität der Untersuchungsanlage wird dabei in mehrfacher Hinsicht deutlich: durch den Einbezug der unterschiedlichen relevanten Akteure und deren Sichtweisen (Budgetnehmer/innen, soziales Umfeld, Leistungsträger, Leistungserbringer) sowie durch die Berücksichtigung unterschiedlicher Umsetzungsbedingungen und konzeptioneller Zuschnitte der Modellerprobung in den jeweiligen Modellregionen.

2.2 Modellregionen: Regionale Voraussetzungen und Projektorganisation

Acht Modellregionen beteiligen sich – unter wissenschaftlicher Begleitung – an der Erprobung „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“ (vgl. Tabelle 2). Dies geschieht auf der Grundlage heterogener regionaler Strukturen, Schwerpunkte und Herangehensweisen. Im Folgenden sollen relevante regionale Rahmenbedingungen zur Umsetzung Persönlicher Budgets sowie die jeweiligen Projektorganisationsstrukturen beschrieben werden.

Modellregionen	
Bayern	Mittelfranken München/ Oberbayern
Berlin	Friedrichshain-Kreuzberg (u.a. Bezirke)
Hessen	Groß-Gerau Marburg-Biedenkopf
Nordrhein-Westfalen	Bielefeld Düsseldorf
Rheinland-Pfalz	Bernkastel-Wittlich Trier Trier-Saarburg
Sachsen-Anhalt	Magdeburg (u.a. Kreise/ Städte)
Schleswig-Holstein	Schleswig-Flensburg Segeberg
Thüringen	Gera

Tabelle 2: Übersicht der Modellregionen

2.2.1 Die Modellregion Bayern

Geografische Lage und Bevölkerung

Der Freistaat Bayern ist das flächengrößte Bundesland. Auf 70.550 Quadratkilometer leben rund 12,4 Mio. Menschen (vgl. BAYERISCHES LANDESAMT FÜR STATISTIK UND DATENVERARBEITUNG 2007a). Bayern gliedert sich in sieben Regierungsbezirke: Oberbayern, Niederbayern, Oberpfalz, Oberfranken, Mittelfranken, Unterfranken und Schwaben. Zwei Regionen nehmen

am Modellprojekt „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“ teil: die Landeshauptstadt München/ Bezirk Oberbayern und der Bezirk Mittelfranken.

Nach Berlin und Hamburg ist *München* die drittgrößte Stadt in der Bundesrepublik Deutschland. Auf einer Fläche von 310,43 Quadratkilometern leben knapp 1,3 Mio. Einwohner (31.12.2006). München gehört zu den dichtbesiedelsten Gebieten Deutschlands.

Der Bezirk Mittelfranken liegt im Nordwesten Bayerns und umfasst sieben Landkreise (Ansbach, Erlangen-Höchststadt, Fürth, Neustadt/Aisch, Bad Windsheim, Roth, Nürnberger Land und Weißenburg-Gunzenhausen), fünf kreisfreie Städte (Ansbach, Erlangen, Fürth, Nürnberg, Schwabach) und 205 Gemeinden. Sitz der Bezirksverwaltung ist Ansbach. Der Bezirk selbst ist rund 7.200 qkm groß und damit der zweitkleinste Bezirk in Bayern. Hinsichtlich der Einwohnerzahl zählt der Bezirk Mittelfranken jedoch zu den bevölkerungsreichsten in Bayern: Insgesamt leben im Bezirk Mittelfranken 1,7 Mio. Einwohner/innen (31.12.2006).

Menschen mit Behinderung in Bayern

In Bayern gelten ca. 1.053.200 Menschen als schwerbehindert (GdB von mindestens 50); dies entspricht gut 8 % der Gesamtbevölkerung (vgl. BAYERISCHES LANDESAMT FÜR STATISTIK UND DATENVERARBEITUNG 2006). Die folgende Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Anzahl schwerbehinderter Menschen in den einzelnen Bezirken Bayerns.

Gebiet	Anzahl schwerbehinderter Menschen	in Prozent
Oberbayern	328.989	31 %
(München)	(112.233)	(11 %)
Niederbayern	102.632	10 %
Oberpfalz	121.446	12 %
Oberfranken	99.450	9 %
Mittelfranken	174.663	17 %
(Erlangen)	(9.568)	(1 %)
(Fürth)	(12.466)	(1 %)
(Nürnberg)	(58.197)	(6 %)
Unterfranken	99.417	9 %
Schwaben	126.618	12 %
<i>Bayern insgesamt</i>	<i>1.053.215</i>	<i>100 %</i>

Tabelle 3: Schwerbehinderte Menschen am 31.12.2005 nach Regionen (vgl. BAYERISCHES LANDESAMT FÜR STATISTIK UND DATENVERARBEITUNG 2006, 44f.)

Zuständigkeiten innerhalb der Sozialhilfe

Im Jahr 2004 wurde ein Gesetzesentwurf („Bayerisches Ausführungsgesetz zum Sozialgesetzbuch“ (BayAGSGB) in Anlehnung an § 97 Abs. 3 SGB XII) vorgelegt. Dieser sah vor, die Zuständigkeit für alle Leistungen der Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege vom örtlichen auf den überörtlichen Sozialhilfeträger zu übertragen mit der Option, bestimmte Aufgaben an den örtlichen Sozialhilfeträger zu delegieren. Dieser Entwurf wurde jedoch zurückgezogen.

In einer Übergangsregelung war vorgesehen, für das Jahr 2005 zunächst die bisherigen Zuständigkeitsregelungen nach dem Ausführungsgesetz zum BSHG aufrechtzuerhalten, nach denen der örtliche Sozialhilfeträger für ambulante Leistungen zuständig ist, der überörtliche für stationäre und teilstationäre Eingliederungshilfen. Diese Übergangsregelungen wurden fortgeführt und haben bis zum Ende der Modellerprobung Bestand. Ab 01.01.2008 wird der überörtliche Sozialhilfeträger für alle Leistungen der Eingliederungshilfe zuständig sein.

Projektorganisation in München

Initiator der Teilnahme am Projekt ist der örtliche Sozialhilfeträger, die Landeshauptstadt München. Die Stadt München verfügt bereits über Erfahrung im Umgang mit pauschalierten Leistungen im Bereich der Eingliederungshilfe. Seit den 1990er Jahren bewilligt die Landeshauptstadt München Pauschalen für Fahrdienste (1.135 Personen nehmen eine solche Pauschale in Anspruch), Hilfe zur Pflege und andere Verrichtungen (ca. 50 Leistungsberechtigte), Eingliederungs- und Mobilitätspauschalen (182 Leistungsberechtigte) und Haushaltshilfepauschalen (454 Leistungsberechtigte). Dazu kommen ca. 100 Menschen mit Behinderung, die ihre Unterstützung im Rahmen des Arbeitgebermodells selbst organisieren.

Projekträger ist das Sozialreferat der Stadt. Mit der Projektsteuerung ist das Amt für Soziale Sicherung, Abteilung „Rehabilitation und Integration“ bzw. seit 01.08.2005 das externe Institut „weg-sys, Mering“ beauftragt. Der Bezirk Oberbayern als überörtlicher Sozialhilfeträger konnte als aktiver Partner im Modellprojekt gewonnen werden.

Weitere Kooperationspartner bei der Umsetzung trägerübergreifender Persönlicher Budgets sind

- Integrationsamt,
- ARGE der Pflegekassen,
- Krankenkassen,
- Agentur für Arbeit,
- Rentenversicherungsträger,
- gemeinsame Servicestellen,
- Träger ambulanter Angebote.

Da bis zum Frühsommer 2005 in der Modellregion München keine finanziellen und personellen Ressourcen für Aufgaben der Projektsteuerung und -umsetzung zur Verfügung standen, verzögerte sich die Modellerprobung.

Projektorganisation in Mittelfranken

Die Initiative, trägerübergreifende Persönliche Budgets in Mittelfranken zu erproben, ging vom überörtlichen Sozialhilfeträger (Bezirk Mittelfranken) aus. Die Projektverantwortlichen konnten bei der Umsetzung und Ausgestaltung trägerübergreifender Persönlicher Budgets bereits auf Erfahrungen mit Persönlichen Budgets zurückgreifen. In den Jahren 2003 und 2004 wurde hier ein Modellprojekt mit insgesamt 10 Budgetnehmer/innen vorwiegend mit geistiger Behinderung durchgeführt (vgl. Kap. 1.4).

Die Federführung des Projekts liegt beim Bezirk Mittelfranken. Aufgrund der nicht einheitlichen Zuständigkeit für ambulante bzw. (teil-)stationäre Leistungen der Eingliederungshilfe galt es zu Projektbeginn von Seiten des überörtlichen Sozialhilfeträgers, tragfähige Kooperationsbeziehungen zu den örtlichen Sozialhilfeträgern aufzubauen und diese für die modellhafte Umsetzung trägerübergreifender Persönlicher Budgets zu gewinnen. Zum Aufbau solcher Kooperationsbeziehungen führten die Vertreter/innen des überörtlichen Sozialhilfeträgers Anfang des Jahres 2005 zwei Informationsveranstaltungen durch, zum einen für die örtlichen Träger der Sozialhilfe und zum anderen für die Rehabilitationsträger außerhalb der Sozialhilfe.

Es wurden zwei Arbeitsgruppen eingerichtet: eine sog. externe Arbeitsgruppe, an der die örtlichen Sozialhilfeträger und die Leistungsanbieter beteiligt sind, und eine zweite Arbeitsgruppe, die sich mit Fragen der Konzeptionsentwicklung befasst. An der letztgenannten Arbeitsgruppe sind auch Angehörige, gesetzliche Betreuer und Menschen mit Behinderung beteiligt.

Die Bildung eines regionalen Arbeitskreises mit Beteiligung anderer Rehabilitationsträger wurde von diesen nicht für erforderlich gehalten. Man verständigte sich vielmehr auf eine Kooperation in konkreten Einzelfällen.

Verknüpfung zu anderen Projekten

Im Zeitraum der Modellerprobung wird im Bezirk Mittelfranken ein Projekt durchgeführt, welches sich der Modularisierung und Verpreislichung von Leistungen im Bereich der Eingliederungshilfe widmet. Daran beteiligen sich neben dem Bezirk verschiedene Leistungsanbieter. Es wird erwartet, dass die Bildung von Leistungsmodulen auch und gerade in Hinblick auf die Gestaltung Persönlicher Budgets unterstützend wirken kann.

Die Stadt München beteiligt sich am Projekt „Pflegebudget“². Dieses Projekt startete ebenfalls in der zweiten Hälfte des Jahres 2004. Seit September 2004 ist es in der Modellregion München möglich, auf der Grundlage des Pflegeversicherungsgesetzes ein Pflegebudget zu beantragen. Die Höhe der Pflegebudgets innerhalb der Pflegeversicherung entspricht der Höhe der Sachleistungen nach § 36 SGB XI und umfasst je nach Pflegestufe 384 € (Pflegestufe I), 921 € (Pflegestufestufe II), 1.432 € (Pflegestufe III) monatlich.

2.2.2 Die Modellregion Berlin

Geografische Lage und Bevölkerung

In der Metropole Berlin leben insgesamt knapp 3,4 Mio. Menschen auf einer Stadtgebietsfläche von 892 Quadratkilometern (vgl. STATISTISCHES LANDESAMT BERLIN 2007; Stand: 31.10.2006). Berlin untergliedert sich in zwölf Stadtbezirke: Charlottenburg-Wilmersdorf, Friedrichshain-Kreuzberg, Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf, Mitte, Neukölln, Pankow, Reinickendorf, Spandau, Steglitz-Zehlendorf, Tempelhof-Schöneberg, Treptow-Köpenick.

² Modellklausel der Pflegeversicherung § 8 Abs. 3 SGB XI. Projektträger: Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung, Ev. Fachhochschule Freiburg, gefördert durch die Spitzenverbände der Pflegekassen (<http://www.pflegebudget.de>).

Die Initiative zur Modellerprobung ging vom Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg aus, der im Zentrum Berlins liegt. Hier leben ca. 265.600 Einwohner/innen und damit 7,8 % der Berliner Bevölkerung (vgl. ebd.).

Menschen mit Behinderung in Berlin

Laut dem „Bericht zur Lage der Menschen mit Behinderung und ihrer Teilhabe in Berlin“ (vgl. SENATSVERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT, SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ BERLIN 2006) leben Ende 2005 rund 373.500 schwerbehinderte Menschen in Berlin. Dies entspricht einem Anteil von 9 % der Berliner Bevölkerung. Differenzierte Daten für die einzelnen Berliner Bezirke liegen mit Stand zum 31.12.2003 vor; einen Überblick gibt Tabelle 4:

Bezirke	Anzahl schwerbehinderter Menschen	in Prozent
Mitte	30.007	9 %
Friedrichshain-Kreuzberg	17.726	5 %
Pankow	26.406	8 %
Charlottenburg-Wilmersdorf	32.545	10 %
Spandau	26.147	8 %
Steglitz-Zehlendorf	30.505	9 %
Tempelhof-Schöneberg	35.546	11 %
Neukölln	35.020	11 %
Treptow-Köpenick	20.927	6 %
Marzahn-Hellersdorf	19.342	6 %
Lichtenberg	21.266	7 %
Reinickendorf	30.886	10 %
Berlin insgesamt	326.323	100 %

Tabelle 4: Schwerbehinderte Menschen am 31.12.2003 nach Bezirken (vgl. STATISTISCHES LANDESAMT BERLIN 2004, 22)

Zuständigkeiten innerhalb der Sozialhilfe

Im Stadtstaat Berlin ist die Senatsverwaltung für alle grundsätzlichen Angelegenheiten der Sozialhilfe zuständig. Gegenüber den Bezirksverwaltungen hat sie keine Weisungsbefugnis im Einzelfall. Die Bezirke fungieren als örtliche und überörtliche Träger der Sozialhilfe. Für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche ist in Berlin das Jugendamt für Leistungen der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII sachlich zuständig (vgl. § 53 Gesetz zur Ausführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes).

Projektorganisation in Friedrichshain-Kreuzberg

Die Beteiligung am Projekt wurde gemeinsam von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (jetzt: Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales) und der Bezirksverwaltung Friedrichshain-Kreuzberg initiiert. Zuständig für ambulante

und (teil-)stationäre Hilfen ist die Senatsverwaltung bzw. für die Modellregion Friedrichshain-Kreuzberg das Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg.

Zur Steuerung des Projektes „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“ bestehen drei Gremien:

- Eine (Verwaltungs-) **Interne Projektgruppe**, die über Entscheidungskompetenzen verfügt, setzt sich aus Vertreter/innen des Bezirks und des Senats zusammen. Ergänzt wird sie durch den Behindertenbeauftragten des Bezirks. Aus der internen Projektgruppe heraus bilden sich spezifische Ad-hoc-Arbeitsgruppen, die sich der Erarbeitung von Instrumenten und Verfahrensabläufen widmen (z.B. der Ausarbeitung der Zielvereinbarungen, der Regelungen zum Datenschutz).
- Vertreter/innen der internen Projektgruppe, der Rehabilitationsträger, des Integrationsamtes, der gemeinsamen Servicestellen, der Leistungsanbieter und der Verbände bilden die so genannte „**externe Arbeitsgruppe**“.
- Das **Lenkungsteam** besteht aus zwei Personen, der Bezirksstadträtin und dem Abteilungsleiter des Senats. Die Projektablaufplanung sieht in regelmäßigen Abständen ein gemeinsames Gespräch zwischen Projektleitung und Lenkungsteam vor.

Um weitere Berliner Bezirke in das Modellprojekt zu integrieren bzw. um sie zur Umsetzung Persönlicher Budgets zu motivieren, wurde zum einen das so genannte „Netzwerk Soziales“ (die Sozialhilfe betreffend) und im Hinblick auf die Jugendhilfe das „Netzwerk Jugend“ gegründet. In gemeinsamen Sitzungen mit Vertreter/innen der Sozial- bzw. der Jugendhilfe werden Fragen zum trägerübergreifenden Persönlichen Budget und zur Umsetzung in den Berliner Bezirken beraten. Ein Rundschreiben, das die Bezirksverwaltungen zum trägerübergreifenden Persönlichen Budget sowie zur Umsetzung in Friedrichshain-Kreuzberg informiert, wurde von den Mitgliedern der internen Projektgruppe erarbeitet und Ende Mai 2006 an die Bezirksverwaltungen gesendet.

Verknüpfung zu anderen Projekten in Berlin

Innerhalb des Leitprojekts zur Verwaltungsmodernisierung „Modellsozialamt 2005“, welches von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin und den Bezirksämtern des Landes Berlin/Geschäftsbereich Soziales durchgeführt wurde, wurde ein Fallmanagementsystem in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung erarbeitet. Bis zum Jahresende 2006 sollte das Fallmanagement in der Eingliederungshilfe in den Sozialämtern des Landes Berlin eingeführt und die Qualifizierung der bezirklichen Mitarbeiter/innen zu Fallmanager/innen erfolgt sein. Die Umstellung auf ein Fallmanagementsystem kommt den veränderten Aufgaben bei der Umsetzung Persönlicher Budgets entgegen. Auch die stärkere Partizipation von Menschen mit Behinderung bei der Gestaltung der notwendigen Unterstützung ist in beiden Projekten zentrales Anliegen.

2.2.3 Die Modellregion Hessen

Geografische Lage und Bevölkerung

Am 31.12.2006 leben in Hessen insgesamt 6.075.500 Menschen (vgl. HESSISCHES STATISTISCHES LANDESAMT 2007a). Seit 1981 ist Hessen in drei Regierungsbezirke (Darmstadt, Gie-

ßen und Kassel) gegliedert. In Hessen beteiligen sich die Landkreise Marburg-Biedenkopf und Groß-Gerau am Modellprojekt „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“.

Der Kreis Marburg-Biedenkopf (Regierungsbezirk Gießen) liegt zwischen Frankfurt (im Süden) und Kassel (im Norden) im westlichen Teil Hessens. Zum Kreis Marburg-Biedenkopf gehören neun Städte und dreizehn Gemeinden. Hier leben insgesamt ca. 253.000 Einwohner/innen (Stand: 31.12.2006).

Der Kreis Groß-Gerau liegt zwischen den Städten Frankfurt und Darmstadt sowie der Stadt Mainz in Rheinland-Pfalz. Zum Kreis Groß-Gerau gehören sechs Städte und acht Gemeinden mit insgesamt ca. 252.000 Einwohner/innen (Stand: 31.12.2006).

Menschen mit Behinderung in Hessen

Laut STATISTISCHEM LANDESAMT HESSEN (2007b) leben Ende des Jahres 2006 etwa 543.000 Menschen mit Schwerbehinderung in Hessen. Das entspricht einem Anteil von 8,9 % der hessischen Bevölkerung.

Zuständigkeiten innerhalb der Sozialhilfe

In Hessen ist der überörtliche Träger der Sozialhilfe (Landeswohlfahrtsverband Hessen) für voll- und teilstationäre Leistungen zuständig. Seit dem 1.1.2005 ist zudem die Zuständigkeit für ambulant betreute Wohnformen vom örtlichen auf den überörtlichen Sozialhilfeträger übertragen worden. Damit wird vor allem das Ziel verfolgt, zu einem weiteren flächendeckenden Ausbau dieses Angebots beizutragen.

Im Zuge der Verwaltungsreform 1999 richtete der Landeswohlfahrtsverband Hessen ein so genanntes Zielgruppenmanagement (für Menschen mit Körperbehinderung, geistiger Behinderung, seelischer Behinderung und Suchterkrankung) ein, das regional gegliedert ist. Für die Umsetzung Persönlicher Budgets wurde (über die Zielgruppen und die Regionen hinweg) vom Landeswohlfahrtsverband Hessen eine zentrale Ansprechpartnerin benannt.

Projektorganisation in Hessen

Die beiden Modellregionen in Hessen verfügen über eine Projektleitung auf Landesebene. Das Sozialministerium hat die Gesamtprojektleitung inne und stellt darüber hinaus zwei Personalstellen zur Verfügung: eine Mitarbeiterstelle im Projektbüro in Marburg (zuständig für die Projektkoordination in den beiden hessischen Modellregionen und die Umsetzung des Persönlichen Budgets in der Modellregion Marburg-Biedenkopf), eine zweite Mitarbeiterstelle für die Umsetzung Persönlicher Budgets in Groß-Gerau.

Dem Sozialministerium obliegt die Geschäftsführung der Lenkungsgruppe, die in enger Zusammenarbeit mit den Vereinbarungspartnern

- die Projektablaufstruktur gemeinsam abstimmt,
- den Projektverlauf begleitet,
- (Teil-)Projektergebnisse reflektiert,
- die Zielerreichung bewertet,
- ggf. Korrekturen oder weitere Abstimmungen einleitet
- und den Transfer in die Fachgremien im Land organisiert.

Die Lenkungsgruppe arbeitet mit den Projektverantwortlichen in den beiden Modellregionen zusammen und vertritt gemeinsam mit den Modellregionen die hessische Umsetzung des Persönlichen Budgets auf Bundesebene.

In den drei überregionalen Arbeitsgruppen „Assessment“, „Rahmenbedingungen/Finanzen“ und „Beratung“ werden die Grundzüge der Projektarbeit und die Verfahrensschritte in Zusammenarbeit mit dem Landeswohlfahrtsverband Hessen festgelegt.

Projektorganisation in Groß-Gerau

Für die Umsetzung des Vorhabens wurde in Groß-Gerau eine „interne Projektgruppe“ eingerichtet, in der die Umsetzung des Verfahrens sichergestellt wird. Die verantwortliche Mitarbeiterin nahm im Juli 2005 ihre Arbeit in Groß-Gerau auf. Aus diesem Grund verzögerte sich die Projektarbeit in der Modellregion Groß-Gerau.

Über die Präsenz der Projektkoordination in Belegungskonferenzen/Hilfeplanverfahren für Menschen mit körperlicher, geistiger und seelischer Behinderung, in den Arbeitsgemeinschaften „Koordination der psychosozialen Versorgung“, „Behindertenkoordination“ und „Lebensräume für ältere Menschen mit Behinderung“ ist ein regelmäßiger Austausch zum Persönlichen Budget in der Modellregion Groß-Gerau gewährleistet.

Projektorganisation in Marburg-Biedenkopf

In der Modellregion Marburg-Biedenkopf sind zur Umsetzung des Projektes eine Steuerungsgruppe, ein Fachbeirat und vier Arbeitsgruppen (Erhebung, Assessment, Beratung, Rahmenbedingungen/Finanzierung) eingerichtet. Ergänzt wird dies durch Projektcontrolling und Assistenz, die von der Projektleitung wahrgenommen wird. Die Steuerungsgruppe setzt sich aus leitenden Mitarbeiter/innen der beteiligten Leistungsträger (Landkreis Marburg-Biedenkopf, Stadt Marburg, Landeswohlfahrtsverband Hessen) zusammen. Im Fachbeirat sind Vertreter/innen des Behindertenbeirats der Stadt Marburg, der Liga der Freien Wohlfahrtspflege und der Kreispflegekonferenz beteiligt.

Verknüpfung zu anderen Projekten in Hessen

Anknüpfungspunkte zum Projekt „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“ bieten verschiedene andere Projekte in Hessen:

- Projekt „Pflegebudget“ (Marburg-Biedenkopf)
- Projekt „Neustrukturierung der Behindertenhilfe für Menschen mit einer körperlichen Behinderung im Landkreis Marburg-Biedenkopf“
- Erprobung eines regionalen Budgets in der psychiatrischen Versorgung auf der Basis personenorientierter Hilfeplanvereinbarungen.

Eine weitere Zusammenarbeit findet mit dem Projekt „Interdisziplinäre Diagnose und Individuelles Programm (InDiPro)“ des „Deutsch-Israelischen Vereins für Rehabilitation Gießen e.V.“ statt.³ So bieten InDiPro-Mitarbeiter/innen Menschen mit geistiger Behinderung, die ein Persönliches Budget beantragen (wollen), kostenlose Beratung und Begleitung während des gesamten Verwaltungsverfahrens und darüber hinaus an. Auch bei der Bedarfsfeststellung im Rahmen der Fallkonferenz sind sie (auf Wunsch der Antrag stellenden Person) anwesend (vgl. Kap. 5.2).

³ <http://www.projekt-indipro.de>

2.2.4 Die Modellregion Nordrhein-Westfalen

Geografische Lage und Bevölkerung

Nordrhein-Westfalen ist mit 18.058.100 Einwohnern (vgl. LANDESAMT FÜR DATENVERARBEITUNG UND STATISTIK NORDRHEIN-WESTFALEN 2007a, Stand: 31.12.2005) das bevölkerungsreichste Bundesland. Nordrhein-Westfalen ist in fünf Regierungsbezirke untergliedert (Münster, Detmold, Düsseldorf, Arnsberg und Köln) bzw. 31 Landkreise, 23 kreisfreie Städte und 396 Gemeinden. In Nordrhein-Westfalen beteiligen sich zwei Städte (Bielefeld und Düsseldorf) am Modellprojekt „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“.

Die kreisfreie Stadt Bielefeld liegt im Nordosten Nordrhein-Westfalens, im Regierungsbezirk Detmold. Ende des Jahres 2005 leben in Bielefeld 327.000 Einwohner/innen.

In der Landeshauptstadt Düsseldorf wohnen am Jahresende 2006 insgesamt 582.000 Menschen (vgl. AMT FÜR STATISTIK UND WAHLEN DER LANDESHAUPTSTADT DÜSSELDORF 2007).

Menschen mit Behinderung in Nordrhein-Westfalen

Laut LANDESAMT FÜR DATENVERARBEITUNG UND STATISTIK NORDRHEIN-WESTFALEN (2007b) leben Ende 2005 ca. 1,64 Mio. Menschen mit einer Schwerbehinderung in Nordrhein-Westfalen, das entspricht einem Bevölkerungsanteil von knapp 9 %.

In Bielefeld sind ca. 26.930 Menschen schwerbehindert. Das entspricht einem Anteil von 8 % der Stadtbevölkerung. In Düsseldorf ist der Anteil der Menschen mit einer schweren Behinderung etwas niedriger: 43.500 der Düsseldorfer Bürger/innen (7,6 %) gelten als schwerbehindert (vgl. LANDESAMT FÜR DATENVERARBEITUNG UND STATISTIK NORDRHEIN-WESTFALEN 2007b).

Zuständigkeiten innerhalb der Sozialhilfe

In Nordrhein-Westfalen waren bis Juli 2003 die beiden Landschaftsverbände Westfalen-Lippe (LWL) und Rheinland (LVR) als überörtliche Träger der Sozialhilfe zuständig für (teil-)stationäre Leistungen der Eingliederungshilfe und die örtlichen Sozialhilfeträger für ambulante Leistungen. Per Landesverordnung vom 20.6.2003 (Verordnung zur Änderung der Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes, AV-BSHG) wurde die Zuständigkeit für das ambulant betreute Wohnen vom örtlichen Sozialhilfeträger auf die Landschaftsverbände übertragen (zunächst befristet bis 30.6.2010). Durch diese Zuständigkeitsbündelung („Hochkonzentration“) sollen ambulante Angebote schneller als bisher flächendeckend ausgebaut werden, so dass die jeweiligen Bedarfe der Bürgerinnen und Bürger individueller und flexibler gedeckt werden können. Gleichzeitig wird durch den Auf- und Ausbau ambulanter Angebote erwartet, dass der Kostenzuwachs im Bereich der Eingliederungshilfe gedämpft werden kann.⁴

⁴ Für die Evaluation der Wirkungen der Zuständigkeitsverlagerung hat das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen eine wissenschaftliche Begleitforschung beauftragt (Durchführung: Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste der Universität Siegen, Juli 2003 bis April 2008; <http://www.ih-nrw.uni-siegen.de>).

Projektorganisation in Bielefeld

Die Erprobung Persönlicher Budgets wird von der Stadt Bielefeld (Dezernat Jugend, Soziales, Wohnen; örtlicher Träger der Sozialhilfe) koordiniert. Neben der Stadt Bielefeld wird das Projekt durch zwei weitere Institutionen getragen:

- dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe (als überörtlicher Träger der Sozialhilfe)
- den von Bodelschwingschen Einrichtungen Bethel (Stiftungsbereiche Behindertenhilfe und Integrationshilfen)

Jeweils zwei Vertreter/innen der drei Projektträger bilden das Projektteam. Das erste Treffen dieses Projektteams fand bereits Mitte September 2004 statt. Ein Gremium bestehend aus Projektträgern, Beirat für Behindertenfragen, Psychiatriebeirat, Leistungsträgern und dem nordrhein-westfälischen Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie begleitet die Umsetzung Persönlicher Budgets in Bielefeld.

Projektorganisation in Düsseldorf

Das Sozialamt der Stadt Düsseldorf als Projektträger/-initiator übernimmt die Leitung und Koordination der Modellerprobung. Für diese Aufgaben wurde im Januar 2005 eine volle Personalstelle (aus eigenen Mitteln) für die Laufzeit der Erprobung eingerichtet.

Im regionalen Arbeitskreis zur Steuerung der Prozesse werden Vertreter aller relevanten Interessensgruppen (Leistungsträger und -anbieter, Selbsthilfeorganisationen, Servicestelle, Projektleitung und wissenschaftliche Begleitung) beteiligt.

Ein kleineres Projektteam (der Leistungsträger) übernimmt die Fortschreibung der Konzeption, die Entwicklung/Abstimmung von Verfahrensabläufen, die Öffentlichkeitsarbeit u.a.

Als Hauptzielgruppe werden vor allem Personen in den Blick genommen, die Leistungen des ambulant betreuten Wohnens beziehen (bzw. Anspruch auf diese Leistungen haben) bzw. mit dem Persönlichen Budget von einer stationären Wohneinrichtung in eine ambulante Betreuungsform wechseln wollen.

Zur gezielten Ansprache möglicher Budgetnehmer wird mit den neuen „Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen (KoKoBe)“ des LVR zusammengearbeitet, die in allen Kreisen des Zuständigkeitsbereiches des Landschaftsverbands Rheinland individuelle Beratung für Menschen mit Behinderung im Bereich der ambulanten Unterstützung anbieten und die ambulanten Hilfen vor Ort koordinieren.

Verknüpfung zu anderen Projekten in Nordrhein-Westfalen

Thematisch verwandte Projekte in Bielefeld stellen zum einen der Modellversuch zum Persönlichen Budget im Rahmen des Forschungsprojekts „Personenbezogene Unterstützung und Lebensqualität“ (PerLe), zum anderen das Modellprojekt „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke – Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme“ (TAB-Projekt) der Aktion Psychisch Kranke dar.

2.2.5 Die Modellregion Rheinland-Pfalz

Geografische Lage und Bevölkerung

In Rheinland-Pfalz leben am 30.06.2006 ca. 4.054.100 Menschen auf einer Fläche von 19.847 Quadratkilometern (vgl. STATISTISCHES LANDESAMT RHEINLAND-PFALZ 2006a). Das Bundesland Rheinland-Pfalz untergliedert sich in 24 Landkreise und 12 kreisfreie Städte. In Rheinland-Pfalz beteiligen sich drei Regionen an der Modellerprobung: die kreisfreie Stadt Trier, der Landkreis Trier-Saarburg und der Landkreis Bernkastel-Wittlich. In der Stadt Trier leben Mitte des Jahres 2006 ca. 99.600 Einwohner, im Landkreis Bernkastel-Wittlich wohnen 113.800 Personen, die Bevölkerung im Landkreis Trier-Saarburg zählt 140.200 Personen.

Die rheinland-pfälzischen Regionen verfügen über einen breiten Erfahrungshintergrund bei der Umsetzung Persönlicher Budgets im Bereich der Sozialhilfe, da nach einem Modellversuch („Hilfe nach Maß“ von 1998 bis 2000; vgl. Kap. 1.4) das Persönliche Budget als reguläre Leistungsform (im Bereich der ambulanten Eingliederungshilfe) in allen 36 Gebietskörperschaften flächendeckend umgesetzt wird; insgesamt bestehen in diesem Kontext über 2.000 Budgets. Daher geht es in Trier, Trier-Saarburg und Bernkastel-Wittlich insbesondere darum, andere Leistungsträger zu beteiligen, budgetfähige Leistungen auszuweiten und die erforderlichen Kooperations- und Koordinationsstrukturen aufzubauen.

Menschen mit Behinderung in Rheinland-Pfalz

Laut dem Statistischen Bericht „Schwerbehinderte Menschen am 31. Dezember 2005 (vgl. STATISTISCHES LANDESAMT RHEINLAND-PFALZ 2006b) sind am Jahresende 2005 324.190 Personen schwerbehindert. Dies entspricht einem Anteil von 8 % an der rheinland-pfälzischen Bevölkerung.

In Trier leben 11.074 Personen mit Schwerbehinderung (11 % der Stadtbevölkerung), in Bernkastel-Wittlich 9.684 Personen (8,5 %) und in Trier-Saarburg gelten 12.980 Menschen als schwerbehindert (9,3 %).

Zuständigkeiten innerhalb der Sozialhilfe

Die Kommunen sind als örtliche Sozialhilfeträger prinzipiell zuständig für die Finanzierung der ambulanten Leistungen. Eine Ausnahme bilden jedoch ambulante Leistungen, die in Form von Persönlichen Budgets („Hilfe nach Maß“) erbracht werden; an ihrer Finanzierung beteiligt sich das Land als überörtlicher Sozialhilfeträger mit 50 % der Kosten.

Die stationären und (teil-)stationären Leistungen werden grundsätzlich zu jeweils 50 % von den örtlichen und dem überörtlichen Sozialhilfeträger finanziert.

Projektorganisation in Rheinland-Pfalz

Initiator und Projektträger sind in Rheinland-Pfalz

- das Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit,
- das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung (als Vertreter des überörtlichen Sozialhilfeträgers) sowie
- die Stadt- bzw. Kreisverwaltungen der Regionen Trier, Trier-Saarburg und Bernkastel-Wittlich (als örtliche Sozialhilfeträger).

Im Arbeitskreis zur Begleitung der Modellprojekte vor Ort sind alle relevanten Interessensgruppen vertreten:

- Stadtverwaltung Trier, Kreisverwaltung Bernkastel-Wittlich, Kreisverwaltung Trier-Saarburg, Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung
- AOK, BKK-IKK-LKK Arbeitsgemeinschaft Rheinland-Pfalz, Verband der Angestellten-krankenkassen/ Arbeiterersatzkassenverband Landesvertretung Rheinland-Pfalz
- Unfallkasse Rheinland-Pfalz
- Agentur für Arbeit, Regionaldirektion Rheinland-Pfalz-Saarland
- Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz
- Liga der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege
- Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen, Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen Mainz, Netzwerk Selbstbestimmung Club Aktiv

Aus dem Teilnehmerkreis dieser regionalen Arbeitsgruppe schließen sich einzelne Personen zu Unterarbeitsgruppen zusammen, um themenspezifische Lösungsansätze zu erarbeiten (Persönliches Budget und Teilhabe am Arbeitsleben, Verfahrensfragen, budgetfähige Leistungen etc.).

Verknüpfung zu anderen Projekten in Rheinland-Pfalz

Wie oben bereits erwähnt, wurde in Rheinland-Pfalz die Einführung Persönlicher Budgets (zunächst auf Grundlage der Experimentierklausel des § 101a BSHG) in einem Modellversuch „Hilfe nach Maß“ erprobt (September 1998 bis zum Dezember 2000).

Eine weitere Schnittstelle der Modellerprobung „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“ besteht zum Projekt „Pflegebudget“ bzw. „Integriertes Budget“. Im Kreis Neuwied und der Stadt Mainz ist es im Rahmen dieses Projektes möglich, das personenbezogene Pflegebudget mit dem trägerübergreifenden Persönlichen Budget für Leistungen zur Teilhabe zu verbinden.

Das Landesministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit zeigte bereits mit dem Modellversuch „Hilfe nach Maß“ bzw. mit der flächendeckenden Umsetzung des Persönlichen Budgets im Bereich der Eingliederungshilfe großes politisches Interesse an der individualisierten Finanzierung von Hilfen und unterstützt ebenso die Modellerprobungen „Pflegebudget“ und „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“. Dahinter steht auch die politische Absicht, die Angebotsstrukturen für Menschen mit Unterstützungsbedarfen flexibler zu gestalten und gemeindenahen Wohn- und Unterstützungsformen zu stärken. In einer „Zielvereinbarung Wohnen“ des Ministeriums mit den kommunalen Spitzenverbänden, der Liga der freien Wohlfahrtspflege und den Verbänden der Behindertenselbsthilfe wird die weitere Ausdifferenzierung des Persönlichen Budgets als wichtiger Umsetzungsschritt in Richtung einer differenzierten Angebotsstruktur für Menschen mit Behinderung angesehen.

2.2.6 Die Modellregion Sachsen-Anhalt

Geografische Lage und Bevölkerung

In Sachsen-Anhalt leben am Jahresende 2006 ca. 2.441.800 Menschen (vgl. STATISTISCHES LANDESAMT SACHSEN-ANHALT 2006a). Sachsen-Anhalt untergliedert sich in die drei kreisfreien Städte Dessau, Halle (Saale) und die Landeshauptstadt Magdeburg sowie 21 Landkreise. Zunächst war die Erprobung Persönlicher Budgets insbesondere für die Region in und um Magdeburg vorgesehen. Mittlerweile beteiligen sich auch andere Städte und Landkreise, die nicht direkt an Magdeburg angrenzen.

Menschen mit Behinderung in Sachsen-Anhalt

Daten zur Zahl der schwerbehinderten Menschen liegen für das Jahresende 2003 vor. Zu diesem Zeitpunkt leben in Sachsen-Anhalt 168.455 schwerbehinderte Menschen. Dies entspricht einem Anteil an der Bevölkerung von 6,9 % (vgl. STATISTISCHES LANDESAMT SACHSEN-ANHALT 2006b).

Während im Landesdurchschnitt 66 schwerbehinderte Menschen auf 1.000 Einwohner kommen, ist dieser Wert vor allem in der Landeshauptstadt Magdeburg erhöht (83 schwerbehinderte Menschen pro 1.000 Einwohner), in den Landkreisen Saalekreis (51), Jerichower Land (54), dem Ohrekreis (55) und Anhalt-Zerbst (58) ist die Quote geringer.

Zuständigkeiten innerhalb der Sozialhilfe

Grundsätzlich ist das Land (bzw. die Sozialagentur) als überörtlicher Sozialhilfeträger für alle Leistungen der Eingliederungshilfe zuständig. Die Landkreise fungieren als herangezogene Gebietskörperschaften; sie nehmen die Aufgaben der Antragsbearbeitung in Delegation wahr.

Projektorganisation in Sachsen-Anhalt

Die Initiative zur Projektteilnahme ging in Sachsen-Anhalt von der Liga der Freien Wohlfahrtspflege aus und wurde von der Landregierung aufgegriffen. Seit Januar 2005 besteht eine regionale Arbeitsgruppe, die konzeptionelle Eckpunkte für die Durchführung des Modellprojekts erarbeitet. Diese Projektgruppe besteht aus Vertreter/innen der Liga, der Sozialagentur, der Stadtverwaltung Magdeburg, des Bördekreises, des Landkreises Schönebeck, des Landkreises Halberstadt und des Ministeriums für Gesundheit und Soziales, der Kranken- und Pflegekasse (AOK), der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland sowie dem Beauftragten der Landesregierung von Sachsen-Anhalt für die Belange behinderter Menschen. Auch eine Beteiligung von Menschen mit Behinderung bzw. Selbstvertretungsorganisationen an dieser Projektgruppe ist gesichert.

2.2.7 Die Modellregion Schleswig-Holstein

Geografische Lage und Bevölkerung

Mit 15.763 Quadratkilometern ist Schleswig-Holstein nach dem Saarland das zweitkleinste Bundesland. In Schleswig-Holstein leben Ende des Jahres 2006 ca. 2.834.300 Personen (vgl. STATISTISCHES AMT FÜR HAMBURG UND SCHLESWIG-HOLSTEIN 2007). Schleswig-Holstein

ist untergliedert in vier kreisfreie Städte (Flensburg, Kiel, Lübeck, Neumünster) und elf Landkreise. In Schleswig-Holstein nehmen zwei Landkreise am Modellprojekt teil: Schleswig-Flensburg und Segeberg.

Im Kreis Schleswig-Flensburg leben ca. 199.300 Einwohner (Stand: 30.09.06). Der Kreis umfasst die vier Städte Glücksburg, Schleswig, Flensburg, Kappeln sowie 132 Gemeinden und liegt an der Grenze zu Dänemark.

Im Kreis Segeberg leben ca. 257.700 Einwohner (Stand: 30.09.06).

Menschen mit Behinderung in Schleswig-Holstein

Laut einer Pressemeldung des STATISTISCHEN AMTS FÜR HAMBURG UND SCHLESWIG-HOLSTEIN (2006) sind am Jahresende 2005 insgesamt 237.800 Menschen in Schleswig-Holstein als schwerbehindert anerkannt. Dies entspricht einem Anteil von 8,4 % an der schleswig-holsteinischen Bevölkerung.

Im Landkreis Schleswig-Flensburg haben ca. 14.560 Menschen eine anerkannte Schwerbehinderung (7,3 % der Landkreisbevölkerung). Im Kreis Segeberg gelten etwa 18.750 Personen als schwerbehindert. Dies entspricht einem Anteil von ebenfalls 7,3 %.

Zuständigkeiten innerhalb der Sozialhilfe

In Schleswig-Holstein obliegen dem überörtlichen Sozialhilfeträger (Land Schleswig-Holstein) originär die Finanzierung der stationären Hilfen, dem örtlichen Sozialhilfeträger (Kreise und kreisfreie Städte) die Finanzierung der ambulanten Hilfen. Die operative Zuständigkeit wird jedoch an den örtlichen Träger delegiert, der damit die gesamte Eingliederungshilfe sicherstellt. Die Finanzierung der Sozialhilfe erfolgt seit 1991 über ein „quotales System“ (gegenseitige Beteiligung des Landes als überörtlichem Sozialhilfeträger und der Kreise und kreisfreien Städte als örtliche Sozialhilfeträger an den Sozialhilfekosten der jeweils anderen Zuständigkeitsebene). Seit Januar 2006 ist die operative Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe vollumfänglich an den örtlichen Sozialhilfeträger delegiert. Durch die Umsetzung des Landesausführungsgesetzes zum SGB XII werden auch die Finanzbeziehungen zwischen dem Land und den Kreisen sowie den kreisfreien Städten neu geregelt (vgl. SCHLESWIG-HOLSTEINISCHER LANDTAG 2007). Für die Wahrnehmung der Aufgaben, für die bislang das Land verantwortlich war (Hilfen für unter 60-Jährige innerhalb von Einrichtungen) wird den örtlichen Trägern ein Ausgleichsbetrag zur Verfügung gestellt. Ferner erstattet das Land den örtlichen Trägern die jährlichen Nettoaufwendungen – nach entsprechender Änderung des Finanzausgleichsgesetzes – der Leistungen der Eingliederungshilfe und der Hilfe der Pflege an Personen im Alter über 60 Jahre innerhalb von Einrichtungen.

Projektorganisation in Schleswig-Holstein

Die Erprobung des Persönlichen Budgets ist in das übergeordnete Projekt „careNETZ“ eingebunden. careNETZ zielt auf die Stärkung der Selbstbestimmung und Erhöhung der Wahlmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung, auf den Aufbau von regionalen Netzwerken Offener Hilfen und auf die Verzahnung von professioneller und freiwilliger Unterstützung (vgl. <http://www.carenetz.org>).

Kernstück ist die Bildung einer (leistungsträger- und einrichtungsträgerunabhängigen) Stelle, der „gemeinnützigen careNETZ Service GmbH“, welche gemeinsam mit den Leistungsbe-

rechtigten die Bedarfe feststellt und sie bei der Nutzung des Persönlichen Budgets berät und unterstützt.

Das Projekt wird fachlich durch einen überregional zusammengesetzten Landesbeirat begleitet, der aus Vertretern der Selbsthilfegruppen, des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren, der beteiligten Kreise und aller relevanten Fachverbände zusammengesetzt ist.

Zudem werden in den Kreisen regionale Planungsgremien eingerichtet, bestehend aus careNETZ Service (als Projektträger), Selbsthilfegruppen und Leistungsberechtigten, den relevanten Leistungsträgern, Vertretern der Angehörigen und gesetzlichen Betreuern, dem Freiwilligencenter Mittenmang e.V. und den Anbietern Offener Hilfen.

Die careNETZ-Strukturen werden für das Projekt zur Erprobung trägerübergreifender Persönlicher Budgets genutzt. Dabei entwickeln die Arbeitskreise Ideen für den Aus- und Aufbau örtlicher Angebots- und Beratungsstrukturen und die Einführung Persönlicher Budgets.

2.2.8 Die Modellregion Thüringen

Geografische Lage und Bevölkerung

Thüringen erstreckt sich auf einer Fläche von 16.172 Quadratkilometern. Hier leben Ende des Jahres 2006 ca. 2.311.100 Menschen (vgl. THÜRINGER LANDESAMT FÜR STATISTIK 2007a). Der Freistaat Thüringen gliedert sich in 17 Landkreise und sechs kreisfreie Städte (Eisenach, Erfurt, Gera, Jena, Weimar und Suhl). In Thüringen beteiligt sich die kreisfreie Stadt Gera am Modellprojekt. Gera ist mit 102.700 Einwohner/innen (Stand 31.12.2006) nach der Landeshauptstadt Erfurt die zweitgrößte Stadt in Thüringen.

Menschen mit Behinderung in Thüringen

Ende des Jahres 2006 sind ca. 189.300 Thüringer Bürger/innen im Besitz eines Schwerbehindertenausweises (vgl. THÜRINGER LANDESAMT FÜR STATISTIK 2007b). Das entspricht einem prozentualen Anteil von 8 % an der Thüringer Gesamtbevölkerung. In Gera leben 8.800 schwerbehinderte Menschen (8,6 % der Stadtbevölkerung).

Zuständigkeiten innerhalb der Sozialhilfe

In Thüringen ist die Sozialhilfe seit dem 01.07.2003 kommunalisiert, d.h. der örtliche Sozialhilfeträger ist sowohl für ambulante, teilstationäre als auch für stationäre Eingliederungshilfen zuständig.

Projektorganisation in Thüringen

Es besteht ein kontinuierlich tagender Projektarbeitskreis. Daran beteiligt sind die Stadtverwaltung, Vertreter der Agentur für Arbeit, der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland, der AOK, der Liga der Freien Wohlfahrtspflege und der Aktion Psychisch Kranke. Aus dem Projektarbeitskreis heraus werden – soweit inhaltlich erforderlich – Unterarbeitsgruppen gebildet.

Verknüpfung zu anderen Projekten in Thüringen

Mit ihrer Beteiligung am Modellprojekt „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“ knüpft die Stadt Gera an verschiedene andere Projekte an, die sich thematisch überschneidenden Fragestellungen widmen:

- Bundesmodellprojekt „Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung“ (Einführung eines Persönlichen Budgets für nichtpsychiatrische Fachleistungsstunden, Einführung von Hilfeplankonferenzen und des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans, IBRP)
- Bundesmodellprojekt „Teilhabe am Arbeitsleben“
- Transnationales Projekt: „Equal“ (gegen Diskriminierung und Ungleichheiten von Arbeitenden und Arbeitsuchenden auf dem Arbeitsmarkt)

2.3 Konzeption der wissenschaftlichen Begleitung

2.3.1 Untersuchungsansatz

Die umfassenden Arbeits- und Forschungsschwerpunkte (vgl. Kap. 2.1) sowie die vielfältigen Umsetzungsbedingungen in den beteiligten Modellregionen (vgl. Kap. 2.2) erfordern eine Verschränkung evaluationstheoretischer Ansätze: Die wissenschaftliche Begleitforschung übernimmt dabei sowohl Aufgaben der Begleitung und Beratung der Modellregionen bei der Planung und Umsetzung der Erprobungen („formative Evaluation“) als auch der Analyse und Bewertung der Wirkungen Persönlicher Budgets („summative Evaluation“).

Dieses methodische Vorgehen erscheint deshalb besonders angezeigt, da zwar die Modell-erprobungen „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“ auf einheitlichen sozialrechtlichen Vorschriften basieren, die insbesondere durch die Budgetverordnung zum 1. Juli 2004 präzisiert worden sind. Gleichwohl betreten alle relevanten Akteure – sowohl Leistungsträger, Menschen mit Behinderung, ihre Angehörigen und gesetzlichen Betreuer als auch Leistungserbringer – mit dem Persönlichen Budget weitgehend Neuland. Die bisherigen Erfahrungen, die in Modellversuchen zur Einführung Persönlicher Budgets in Deutschland gewonnen wurden (vgl. Kap. 1.4), verdeutlichen, dass die Umsetzung Persönlicher Budgets eine erhebliche Umstellung für alle Beteiligten bedeutet und in weiten Teilen jegliche Routine fehlt – sei es die des Verwaltungshandelns und der Abstimmung zwischen verschiedenen Leistungsträgern, die Verwendung Persönlicher Budgets zur bedarfsdeckenden Organisation und Finanzierung von Unterstützungsleistungen oder der nachfragegerechten Entwicklung von Unterstützungsangeboten und der erforderlichen regionalen Infrastruktur.

Aufgrund dieser Ausgangslage sind gerade in der Anfangsphase der Modellerprobung Verfahren der formativen Evaluation handlungsleitend. Dieser Evaluationsansatz steht in der Tradition der „Handlungs- oder Aktionsforschung“ (vgl. BORTZ, DÖRING 1995, 317ff.) und intendiert eine Optimierung eines praxisbezogenen Programms bereits im Verlauf. Im vorliegenden Untersuchungszusammenhang geschieht dies einerseits durch die Vermittlung praxisrelevanten Wissens der Akteure (z.B. durch systematische Aufbereitung bislang vorliegender Erfahrungen) als auch durch prozessbegleitende strukturierte Beobachtungen der Verläufe in den Modellregionen, deren Ergebnisse im Projektverlauf systematisch zurückge-

meldet werden, um Fehlsteuerungen zu vermeiden, Handlungsbedarfe aufzuzeigen und Anpassungen der Vorgehensweisen der Projektbeteiligten einzuleiten.

Ergänzt wird dieser Ansatz um Methoden der summativen Evaluation, in denen die Dokumentation und Messung der Maßnahmewirkungen im Vordergrund stehen. Dazu sind geeignete Kriterien der Zielerreichung zu operationalisieren und Indikatoren zu entwickeln, mit deren Hilfe sich der „Outcome“ beschreiben lässt und letztlich beurteilt werden kann, inwiefern die mit der Einführung Persönlicher Budgets verbundenen Zielsetzungen tatsächlich erreicht werden bzw. inwiefern unerwünschte Nebenwirkungen auftreten.

2.3.2 Untersuchungsphasen und Arbeitsaufgaben

Der Projektverlauf lässt sich in vier Phasen gliedern, in denen unterschiedliche Arbeitsschritte zur Einführung und Ausgestaltung Persönlicher Budgets notwendig werden. Eine Übersicht über die Aufgaben und Funktionen der wissenschaftlichen Begleitung in den jeweiligen Phasen des Modellversuchs findet sich in Abbildung 8.

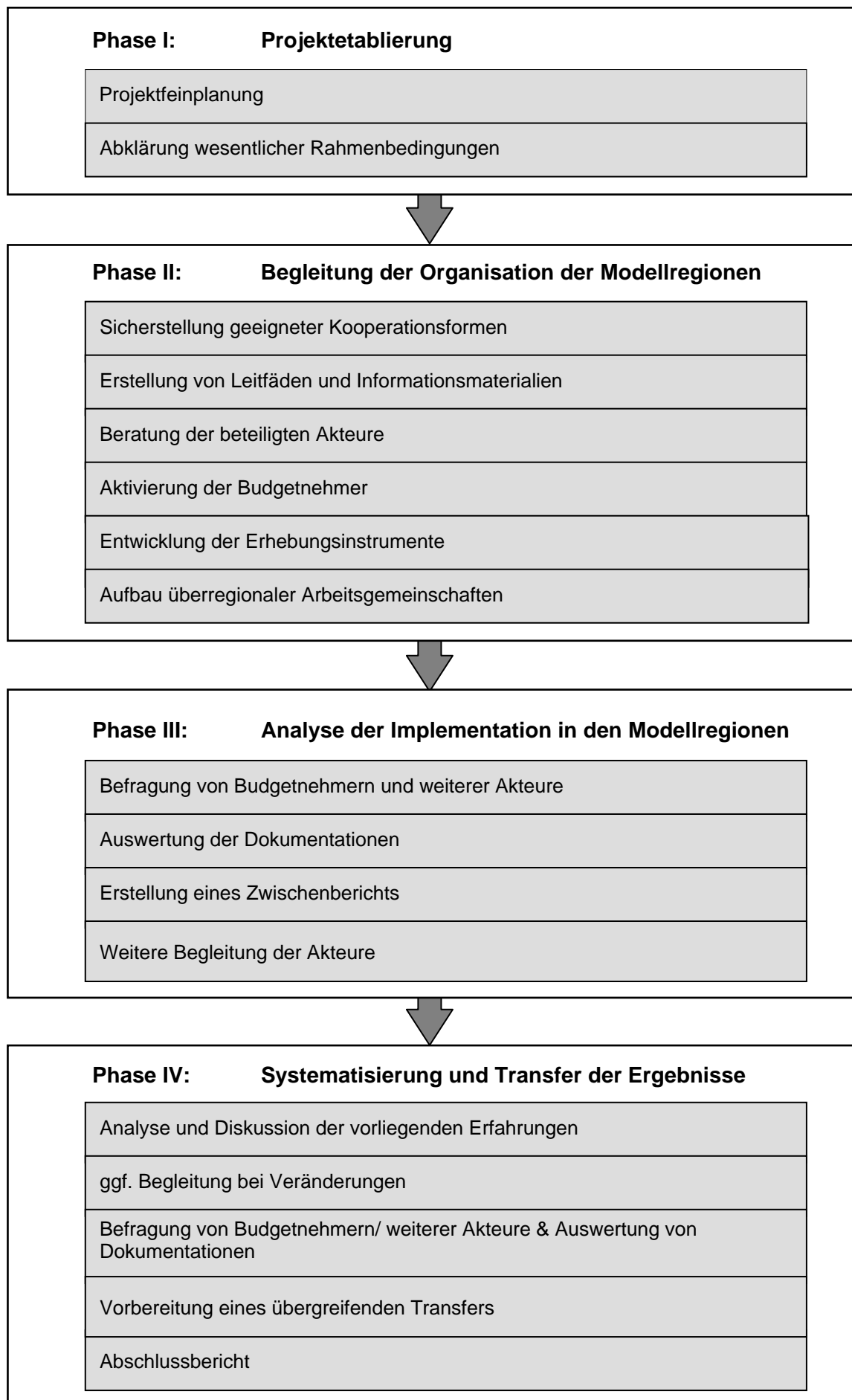


Abbildung 8: Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung

In der **Phase I** „Projektetablierung“ (bis Ende 2004) und der **Phase II** „Begleitung und Organisation der Modellregionen“ (bis Ende 2005) steht zunächst die konzeptionelle Grundlegung der Modellprojekte im Vordergrund. Dieser Arbeitsschritt bezieht sich zum einen auf die Organisation der beteiligten Forschungsinstitute (interne Absprachen und Aufgabenzuweisungen, Kontaktaufnahme mit den Modellregionen usw.), zum anderen auf die Projektorganisation in den einzelnen Modellregionen (Beteiligung an konstituierenden Sitzungen der regionalen Arbeitskreise, Etablierung geeigneter Strukturen und Verfahren etc.). Der Beitrag der wissenschaftlichen Begleitung erstreckt sich in diesen Phasen zum einen auf eine beratende Funktion: Hierzu werden insbesondere bereits vorliegende Erfahrungen aufbereitet und für den Diskussionsprozess der beteiligten Akteure nutzbar gemacht. Zum anderen werden grundsätzliche methodische und organisatorische Konzepte zum Ablauf des Modellversuchs entwickelt und mit den beteiligten Gremien abgestimmt.

Im Verlauf der **Phase II** stellt insbesondere die Information der Leistungsberechtigten über das Persönliche Budget einen wesentlichen Arbeitsschwerpunkt der Projektträger in den Regionen dar, um Interessenten für die Teilnahme an der Modellerprobung zu gewinnen. Die wissenschaftliche Begleitung unterstützt die Modellregionen bei der Erarbeitung von Informationsmaterialien und Durchführung von Informationsveranstaltungen. Gleichzeitig werden bereits die notwendigen Erhebungsinstrumente zur Dokumentation der bewilligten Budgets und Befragung der Budgetnehmer/innen (bzw. Angehörigen und gesetzlichen Betreuern) in Abstimmung mit dem Untersuchungsfeld entwickelt. Die eingesetzten Instrumente sind Datenquellen für die Analyse in Phase III und können zugleich für eine weitere Optimierung der Verwaltungs- und Beratungsabläufe dienen.

Des Weiteren werden überregionale Arbeitskreise („nördliche“ und „südliche“ Modellregionen) gebildet, welche dem regelmäßigen Erfahrungs- und Meinungsaustausch zwischen den Modellregionen dienen, um gemeinsame Herausforderungen zu identifizieren und überregionale Lernprozesse anzustoßen. Im Rahmen dieser halbjährlichen Treffen erfolgt auch eine Rückmeldung und Validierung des jeweiligen Auswertungsstandes der Datenerhebung durch die wissenschaftliche Begleitforschung. Ergänzend wird eine Internetplattform zur Kommunikation zwischen allen Modellregionen etabliert und fortlaufend aktualisiert.

In **Phase III** („Analyse der Implementation in den Modellregionen“) bis Ende 2006 verlagert sich der Schwerpunkt auf die Analyse der in den Modellprojekten erzielten Effekte. Organisatorische Gesichtspunkte (Verwaltungs- und Entscheidungsabläufe, Kooperation und Koordination der Akteure) spielen dabei nach wie vor eine Rolle, insbesondere richtet sich der Blick aber auf Wirkungsaspekte Persönlicher Budgets. Diese Phase wird somit wesentlich durch die Datenerhebung und -analyse bestimmt: Während des gesamten Umsetzungsprozesses werden alle Anträge auf ein Persönliches Budget dokumentiert. Ergänzend dazu werden Befragungen der Budgetnehmer/innen oder stellvertretend mit deren professionellen bzw. nicht-professionellen Bezugspersonen (Angehörige/ gesetzliche Betreuer, sonstige Vertrauenspersonen) durchgeführt. Neben den Leistungsberechtigten bzw. ihren Stellvertretern werden Leistungsträger sowie Leistungsanbieter aus den jeweiligen Modellregionen befragt.

Die Aufbereitung des Datenmaterials und dessen Analyse wird dabei fortlaufend vorgenommen und den Modellregionen zurückgespielt.

Phase IV „Systematisierung und Transfer der Ergebnisse“ (bis Mitte 2007) dient der Zusammenführung und dem Vergleich der Ergebnisse aus den verschiedenen Modellregionen sowie der Ableitung praxisnaher Handlungsempfehlungen in einem Abschlussbericht.

2.4 Methoden der Datenerhebung und -analyse

Zur Datenerhebung werden sowohl quantitative als auch qualitative Verfahren eingesetzt. Im Wesentlichen stützt sich die Datengewinnung auf sechs verschiedene Erhebungsinstrumente und -verfahren:

- Dokumentationsformulare: Analyse der dokumentierten Budgetanträge und -bewilligungen durch die beauftragten Leistungsträger
- Interviews/Fragebögen: Erst- und Wiederholungsbefragung der Budgetnehmer/innen bzw. ihres sozialen Umfeldes
- Leitfadengestützte Interviews: Expertengespräche mit Leistungsträgern
- Fragebögen: Schriftliche Befragung von Leistungsanbietern
- Fragebögen: Schriftliche Befragung von gesetzlichen Betreuer/innen
- Dokumentenanalyse: Analyse der Zielvereinbarungen

2.4.1 Dokumentation von Budgetbeantragungen und -bewilligungen

Das **Dokumentationsformular** erfasst den gesamten (Verwaltungs-)Prozess von der Antragstellung bis zur Bewilligung eines Persönlichen Budgets (bzw. bis zur Ablehnung oder zum Rückzug eines Antrags) und bildet folgende Informationen ab:

- soziodemografische Daten der leistungsberechtigten Person (Alter, Schulabschluss, Wohn- und berufliche Situation, Behinderungsart etc.)
- Art der einbezogenen Budgetleistungen und monetäre Bemessung.
- Laufzeiten der Zielvereinbarung
- Art und Umfang der fallbezogenen Aktivitäten (z.B. Kontaktaufnahme mit dem Leistungsberechtigten und Beratung, Bedarfsfeststellung, Kooperation mit anderen Leistungsträgern, Abschluss einer Zielvereinbarung etc.)

Das Dokumentationsformular wird von den zuständigen/bewilligenden Stellen (Leistungsträger) ausgefüllt und der wissenschaftlichen Begleitung zur Auswertung zugeleitet.

Seit April 2006 werden auch Dokumentationen bewilligter Budgets von Regionen außerhalb der Modellprojekte in die Auswertung miteinbezogen. Hintergrund bildet eine Verwaltungsrichtlinie des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales⁵, nach der im Zeitraum von April 2006 bis März 2007 bundesweit alle Leistungsträger einen Zuschuss zu ihrem Verwaltungsaufwand erhalten können, sofern sie (neue) Budget-Bewilligungen in ihrem Bereich dokumentieren und der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Verfügung stellen.

⁵ „Richtlinie für die Gewährung von Zuschüssen zu dem projektbezogenen Mehraufwand, der Leistungsträgern im Rahmen der Bewilligung von Persönlichen Budgets in der Modellphase entsteht“ vom 7. April 2006.

2.4.2 Befragung der Budgetnehmer/innen

Ergänzend zu den fortlaufend gewonnenen Dokumentationsdaten werden **Befragungen** der Budgetnehmer/innen durchgeführt, um nähere Informationen über die Lebenssituation sowie die subjektiven Sichtweisen der Budgetnehmer/innen bezüglich der Budgetinanspruchnahme gewinnen zu können.

Erstbefragung (Persönliche und telefonische Interviews/ schriftliche Befragung)

Durch die Erstbefragung der Budgetnehmer/innen soll ein umfassender Einblick in die Vielfalt der Lebenssituationen und der Budgetverwendung gewonnen sowie die subjektiven Sichtweisen der Budgetnehmer/innen auf die Wirkungen des Budgets sowie ihre Bewertungen der neuen Leistungsform erfasst werden. Die Erstbefragung liefert die empirische Basis sowohl für quantitativ ausgerichtete Auswertungen im Hinblick auf die Gesamtheit der Budgetnehmer/innen als auch für qualitative Fallanalysen (vgl. Kapitel 7).

In erster Linie sollen in der Befragung die betroffenen Personen im Sinne eines subjektzentrierten Ansatzes als „Experten in eigener Sache“ selbst zu Wort kommen. Wo dies z.B. aufgrund kognitiv-kommunikativer Voraussetzungen erschwert bzw. nicht möglich ist, werden die Budgetnehmer/innen durch Vertrauenspersonen wie Angehörige, gesetzliche Betreuer/innen oder Assistenten/innen unterstützt oder die Vertrauenspersonen geben stellvertretend Auskunft. Bei der Interpretation dieser Daten ist zu berücksichtigen, dass dieses Vorgehen immer nur eine Annäherung an die subjektive Perspektive der Budgetnehmer/innen gewährleisten kann.

Um möglichst vielen Budgetnehmer/innen eine Teilnahme an der Befragung zu ermöglichen und eine entsprechende Datenqualität sicherzustellen, werden verschiedene Befragungswegen angeboten, aus denen die zu befragenden Personen je nach kognitiv-kommunikativen Kompetenzen bzw. je nach persönlichen Präferenzen eine Variante wählen können:

- telefonische Befragung,
- persönliche Befragung („Face-to-face-Interview“)
- schriftliche Befragung

Die jeweils gewünschte Befragungsform wird im Vorfeld bei den teilnehmenden Budgetnehmer/innen bzw. deren Vertrauenspersonen erfragt. Die Kontaktdaten und Einverständniserklärungen der Budgetnehmer/innen, die zu einer Befragung bereit sind, werden der wissenschaftlichen Begleitforschung durch die Leistungsträger zugeleitet.

Der halbstrukturierte Interviewleitfaden bzw. Fragebogen (im Falle einer schriftlichen Befragung) besteht sowohl aus geschlossenen als auch offenen Fragen, um einerseits quantifizierbare Aussagen zu erhalten, die einen Vergleich zulassen, andererseits eine gewisse Offenheit bei der Antwortformulierung zu ermöglichen – insbesondere bei Fragen zu subjektiven Bewertungen, Beweggründen und Erwartungen.

Die Fragestellungen selbst sind dem Wortlaut nach vorgegeben, können aber – im Kontext von „Face-to-face-Interviews“ oder Telefoninterviews – bei Verständnisproblemen entsprechend angepasst und mit Erklärungen angereichert werden. Die Interviewer/innen sind dazu angehalten, dabei den Sinngehalt nicht zu verändern bzw. die Fragen nicht suggestiv zu formulieren. Um dies zu ermöglichen und insbesondere bei mehreren Interviewer/innen

ein einheitliches Vorgehen zu gewährleisten, sind einigen Fragen entsprechende Interviewerweisungen angefügt. Insgesamt wurde im Hinblick auf den relevanten Personenkreis und den zumindest teilweise zu erwartenden kommunikativen Erschwernissen darauf hingewirkt, einen kurzen Fragebogen zu erstellen und die Fragestellungen möglichst einfach zu formulieren (kurze Fragen, einfache Syntax, Vermeidung von Fremdwörtern etc.).

Der Fragebogen/Leitfaden besteht aus 33 Fragen zu folgenden Inhaltsbereichen:

- Vorgeschichte zum Persönlichen Budget und Motive, z.B.:
 - Wie haben Sie zum ersten Mal vom Persönlichen Budget erfahren?
 - Warum wollten Sie das Persönliche Budget haben?
- Lebenssituation und Unterstützungsbedarf, z.B.:
 - Wie wohnen Sie gerade und mit wem?
 - Bei welchen Dingen im Alltag brauchen Sie Unterstützung?
- Umgang mit und Verwendung des Persönlichen Budgets, z.B.:
 - Wer entscheidet, wofür Sie das Persönliche Budget ausgeben?
 - Wer verwaltet das Budget?
 - Für was wird das Persönliche Budget verwendet?
- Allgemeine Bewertung des Persönlichen Budgets, z.B.
 - Hat sich irgendetwas in Ihrem Leben verändert, seit Sie das Persönliche Budget haben?
 - Was würden Sie insgesamt sagen: Ist das Persönliche Budget eine gute Sache für Sie?

In der Version zur mündlichen Befragung ist dem Fragebogen ein Postskript beigelegt, das die Interviewer/innen ausfüllen und das Fragen zur Evaluation des Interviewverlaufs sowie Anmerkungen zum Interview (Besonderheiten, Probleme usw.) enthält.

Das Erhebungsinstrument wurde mit Vertretern der Selbsthilfevereinigung „Arbeitsgemeinschaft für selbstbestimmtes Leben schwerstbehinderter Menschen“ (ASL e.V.) in Berlin beraten und einem Pretest (simulierte Interviewsituation) unterzogen, um zu prüfen, ob das Instrument die relevanten Informationen erfassen kann und inwiefern sich die Vorgehensweise als praktikabel erweist. Insgesamt zeigte sich dabei das Befragungsinstrument als verständlich und gut handhabbar, so dass nur wenige Veränderungen (vornehmlich stilistischer Art, Veränderung der Interviewerhinweise, Ergänzung einzelner Fragen etc.) vorgenommen wurden.

Wiederholungsbefragung der Budgetnehmer/innen (schriftliche Befragung)

Die Daten aus der kontinuierlich laufenden Erstbefragung⁶ werden ergänzt durch eine Wiederholungsbefragung mit denjenigen Budgetnehmer/innen, die ihr Budget bereits über einen

⁶ „Kontinuierlich“ deswegen, weil mit jedem neu bewilligten Budget im Projekt auch eine Erstbefragung stattfinden sollte. Daher ist es unerheblich, ob ein Budget zu Anfang des Projekts (z.B. Ende 2005) oder zu Ende des Projekts (Anfang 2007) bewilligt wurde; eine Befragung sollte in beiden

längeren Zeitraum erhalten. Ziel dieser **Wiederholungsbefragung** ist es herauszufinden, ob diese Budgetnehmer/innen nach wie vor ein Persönliches Budget erhalten, ob und inwiefern es dabei Veränderungen gegeben hat (z.B. in der Lebenssituation, bei der Verwendung des Budgets usw.), ob sich ihre Erwartungen erfüllt haben und ob diese Personen mit ihrer (bisherigen) Budgetlösung zufrieden sind bzw. sich Veränderungen wünschen. Um möglichst vergleichbare Daten zu erhalten, sind die Fragen so gestaltet, dass sie den Ergebnissen aus der Erstbefragung gegenübergestellt werden können.

2.4.3 Leitfadengestützte Interviews mit den Leistungsträgern

Um detaillierte Informationen darüber zu erhalten, wie das Verwaltungsverfahren zum Persönlichen Budget in den einzelnen Modellregionen konkret (auf der administrativen Ebene) umgesetzt wird, werden teilnehmende Leistungsträger im Rahmen leitfadengestützter Experteninterviews befragt. Durch diese Vorgehensweise können die im Begleitungsprozess gewonnenen Informationen (z.B. durch die Teilnahme an Projektsitzungen und Arbeitskreisen) verdichtet und validiert werden. Zentrale Themenbereiche der Befragung sind:

- Information von Leistungsberechtigten,
- eingesetzte Verfahren und Instrumente der Bedarfsfeststellung,
- Ansätze und Richtlinien der Budgetbemessung,
- Organisation von Unterstützungsleistungen,
- Erstellung und Abschluss der Zielvereinbarung

Neben der Klärung des Ablaufs des Budgetverfahrens und etwaiger administrativer Besonderheiten in den einzelnen Modellregionen werden Einschätzungen der Leistungsträger zum Beratungsbedarf von Budgetnehmer/innen, zur regionalen Versorgungsstruktur, zum Aufwand des Bewilligungsverfahrens sowie zu Auswirkungen des Persönlichen Budgets auf das Verwaltungshandeln erfragt.

Die Experteninterviews werden auf Tonband aufgezeichnet, anschließend transkribiert und mit Hilfe eines Kategoriensystems qualitativ ausgewertet.

2.4.4 Schriftliche Befragung von Leistungsanbietern

Im Sinne eines multiperspektivischen Untersuchungsdesigns werden auch die **Leistungsanbieter** bezüglich ihrer Erfahrungen und Einschätzungen im Kontext des Persönlichen Budgets befragt.

Der Fragebogen gliedert sich in zwei Teile:

1. Strukturdaten der Einrichtung/des Dienstes (z.B. Art der Trägerschaft, Leistungsangebot, Zielgruppen, Mitarbeiter/innen usw.)
2. Erfahrungen und Einschätzungen zum Persönlichen Budget:

Fällen realisiert werden. Aus diesem Grunde erstreckte sich die Erstbefragung über den gesamten Projektzeitraum.

- Eigene Informationen zum Persönlichen Budget und Weitergabe an Nutzer/innen
- Nachfrage und Erbringung von Unterstützungsleistungen für Budgetnehmer/innen (Art und Umfang)
- Kalkulation von Angebotspreisen
- Vertragsgestaltung mit Budgetnehmer/innen
- Vor- und Nachteile für Anbieter und Nutzer/innen
- Stellenwert des Persönlichen Budgets im eigenen Arbeitsfeld
- Auswirkungen des Persönlichen Budgets auf den „Dienstleistungsmarkt“

2.4.5 Schriftliche Befragung von gesetzlichen Betreuer/innen

Eine weitere Erhebung stellt die schriftliche Befragung von gesetzlichen Betreuer/innen von Budgetnehmer/innen dar. Ihre Rolle im Beantragungsprozess sowie bei der Organisation der Unterstützung sowie bei der Budgetverwaltung soll durch folgende Fragenkomplexe eruiert werden:

- Anzahl der betreuten Budgetnehmer/innen
- Unterstützungsaufgaben im Kontext des Persönlichen Budgets: Art, Umfang und finanzielle Vergütung
- Informiertheit über das Persönliche Budget
- Verwaltung des Budgets
- Vor- und Nachteile des Persönlichen Budgets für die eigene Arbeit und für die Situation der Budgetnehmer/innen

2.4.6 Analyse der Zielvereinbarungen

Die von den Modellregionen zur Verfügung gestellten Zielvereinbarungen bilden eine weitere Datenquelle für empirische Analysen. Da es sich hierbei um schriftliche Dokumente handelt und diese einer quantitativen Auswertung zugänglich gemacht werden sollen, wird zunächst ein Kategoriensystem entworfen und damit das vorliegende Textmaterial gesichtet.

Die Zielvereinbarungen werden danach ausgewertet, ob grundsätzlich Informationen oder Regelungen zu bestimmten (theoretisch relevanten bzw. gesetzlich vorgeschriebenen) Inhaltsbereichen vorzufinden sind und welcher Art diese Regelungen sind. Folgende Inhaltsbereiche werden dabei in die Auswertung einbezogen:

- Beteiligte Leistungsträger und bewilligte Leistungen
- Laufzeit der Zielvereinbarungen sowie Weiterbewilligungen
- Festsetzung der Inhalte der Unterstützung und Zweckbindung der Budgets
- Nennung allgemeiner Ziele des Budgets sowie darüber hinausgehender spezieller Zielsetzungen

- Regelungen zur Budgetverwendung (z.B. Festlegung bestimmter Dienste/ Qualifikationen)
- Festsetzung des Umfangs der Hilfen (z.B. in Stunden), Bemessungsgrundlage der Budgets
- Praxis der Nachweiserbringung
- Überprüfung der Zielvereinbarung, Modalitäten der Qualitätssicherung
- Umgang mit Budgetresten, Budgetanpassungen
- Budgetassistenz und Beratung
- Kündigungsvereinbarungen.

2.4.7 Verfahren der Datenanalyse

Mit Ausnahme der Expertengespräche mit den Leistungsträgern werden alle Informationsquellen (Dokumentationsformulare, Fragebögen, Interviews sowie Zielvereinbarungen) als kodierte Datensätze erfasst und mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS für Windows 15.0 verarbeitet und ausgewertet. Die Analyse erfolgt mittels üblicher uni- und bivariater Methoden (deskriptive Statistik wie z.B. Häufigkeitsverteilungen, Mittelwertsvergleiche, Korrelationen etc.). Einzelne Variablen (z.B. Antworten bei offenen Fragen, Textmaterial aus den Zielvereinbarungen) werden inhaltsanalytisch betrachtet oder nachträglich kategorisiert und analysiert.

2.5 Praktische Untersuchungsdurchführung und vorliegende Datenbasis

2.5.1 Dokumentation

Zum Ende des Projektzeitraums (Stichtag 15.05.2007) konnten im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung insgesamt **958 Dokumentationsunterlagen** mit Informationen zu Budgetanträgen und bewilligten/abgelehnten Budgets gesammelt, elektronisch erfasst und ausgewertet werden. Aus den am Modellprojekt teilnehmenden Regionen sind bis zu diesem Zeitpunkt 600 Dokumentationsunterlagen eingegangen. Dabei handelt es sich in 570 Fällen um standardisierte Dokumentationsformulare, die von der wissenschaftlichen Begleitforschung erstellt und als Erhebungsinstrument bei den Leistungsträgern eingesetzt wurden (vgl. 2.4.1), sowie in 30 Fällen um Fragebögen bzw. Interviewprotokolle aus den Modellregionen in Rheinland-Pfalz, die der Budgetnehmer-Erstbefragung entstammen.⁷ Aus Regionen außerhalb der Modellprojekte liegen 358 Dokumentationsformulare vor.

⁷ Die Verwendung dieser zusätzlichen Informationsquelle als Ergänzung zur Dokumentation erklärt sich dadurch, dass aus den drei rheinland-pfälzischen Modellregionen bis Mai 2006 keine Dokumentationsunterlagen zur Verfügung standen. Da aber informelle Informationen über eine große Anzahl an Persönlichen Budgets aus diesen Modellregionen vorlagen, wurden die relevanten Angaben ersatzweise über die anstehende Budgetnehmer-Befragung im Frühjahr 2006 erhoben. Erst seit Mai 2006 wurden schließlich auch in den Modellregionen in Rheinland-Pfalz Budgetdokumentationen geführt und der Begleitforschung zur Verfügung gestellt.

2.5.2 Budgetnehmer-Befragungen

Erstbefragung der Budgetnehmer/innen

Die Budgetnehmer/innen wurden jeweils etwa drei Monate nach Budgetbewilligung (bzw. nach Beginn der Laufzeit) angeschrieben und nach ihren jeweils favorisierten Befragungswegen (schriftlich, telefonisch, persönlich) gefragt. Aufgrund der Rückmeldungen der Budgetnehmer/innen konnten dann die jeweiligen Befragungen realisiert werden. Da während des Projektzeitraums kontinuierlich neue Budgets bewilligt wurden, erstreckte sich die Erstbefragung über den Zeitraum von Februar 2006 bis Mai 2007.

Im Rahmen der Erstbefragung wurden in den Modellregionen insgesamt **196 Personen** befragt. Bei einem Stand von 494 dokumentierten Persönlichen Budgets entspricht dies einer Quote von knapp 40 %. Aus folgenden Gründen konnten Befragungen nicht realisiert werden:

- Von insgesamt **142 Budgetnehmer/innen lagen der Begleitforschung keine Einverständniserklärungen vor**
- Einige Budgets sind während des Projektzeitraums ausgelaufen, wurden eingestellt oder erfolgreich beendet; hierunter fallen auch Budgets, die nur als Einmalzahlung bewilligt wurden. Wenn die Budgets zum geplanten Befragungszeitraum nicht mehr existierten, wurde darauf verzichtet, eine Befragung nachträglich zu realisieren; dies betrifft insgesamt **16 Personen**.
- **84 Budgetnehmer/innen** haben erst seit Januar 2007 ein Persönliches Budget erhalten. Da als Einschlusskriterium definiert wurde, dass die Budgetnehmer/innen vor der Befragung mindestens drei Monate Erfahrung mit dem Persönlichen Budget besitzen sollten, konnten diese Personen im Projektzeitraum nicht mehr befragt werden.

Alles in allem standen daher potenziell **252 Personen** für die Erstbefragung zur Verfügung. Berechnet man anhand dieser Personengruppe die Realisierungsquote, so ergibt sich eine Quote von 78 % (vgl. Tabelle 5).

Anzahl aller dokumentierten Persönlichen Budgets in den Modellregionen	494
Fehlende Einverständniserklärung	142
Budget vorzeitig wieder eingestellt/beendet/ausgelaufen	16
Beginn des Budgets erst ab Januar 2007	84
Potenziell in Frage kommende Budgetnehmer/innen	252
Durchgeführte Befragungen	196
Realisierungsquote	78 %

Tabelle 5: Anzahl aller realisierten Befragungen und Rücklaufquote

Die folgende Tabelle 6 gibt eine Übersicht über die Anzahl der befragten Personen in den verschiedenen Modellregionen.

Modellregion		Anzahl der Befragungen	Anzahl aller Budgets
Bayern	München	1	12
	Mittelfranken	38	97
Berlin	Alle Bezirke	49	88
Hessen	Groß Gerau	8	20
	Marburg-Biedenkopf	10	42
NRW	Bielefeld	11	32
	Düsseldorf	3	14
RLP	Bernkastel-Wittlich	11	32
	Stadt Trier	11	32
	Trier-Saarburg	14	35
Sachsen-Anhalt	Alle Landkreise	7	22
Schleswig-Holstein	Bad Segeberg	9	28
	Schleswig-Flensburg	9	17
Thüringen	Gera	15	23
Gesamt		196	494

Tabelle 6: Anzahl der befragten Personen nach Modellregionen

Im Hinblick auf die Ausprägung und Verteilung der personenbezogenen Merkmale (Alter, Geschlecht, Behinderungsart, gegenwärtige Wohn- und Beschäftigungssituation) sowie budgetbezogener Merkmale (Zusammensetzung der Budgets, beteiligte Leistungsträger, Budgethöhe) spiegelt die Gruppe der befragten Budgetnehmer die Grundgesamtheit aller dokumentierten Budgetnehmer/innen in den wesentlichen Punkten wider (vgl. Tabelle 7).

Personenbezogene Angaben		
	Alle Budgetnehmer/innen (dokumentierte Budgets)	Befragte Budgetnehmer/innen
Anzahl	494	196
Geschlecht	54 % männlich (n=269) 46 % weiblich (n=225)	59 % männlich (n=115) 41 % weiblich (n=81)
Durchschnittsalter	37 Jahre	38 Jahre
Vorrangige Behinderungsart	46 % Psychische Erkrankung 29 % Kognitive Behinderung 18 % Körperbehinderung 7 % Sonstige Behinderung	37 % Psychische Erkrankung 29 % Kognitive Behinderung 25 % Körperbehinderung 9 % Sonstige Behinderung
Budgetbezogene Angaben		
Budgets nach Anzahl der einbezogenen Leistungen	65 % eine Leistung 23 % zwei Leistungen 12 % drei oder mehr Leistungen	62 % eine Leistung 21 % zwei Leistungen 16 % drei oder mehr Leistungen
Budgets nach Anzahl der bet. Leistungsträger	94 % Einfachzuständigkeit 6 % Trägerübergreifende PB	90 % Einfachzuständigkeit 10 % Trägerübergreifende PB
Budgethöhe	Arithm. Mittel: 1.041 € Median: 557 €	Arithm. Mittel: 1.231 € Median: 522 €

Tabelle 7: Personen- und budgetbezogene Merkmale aller Budgetnehmer/innen und der befragten Budgetnehmer/innen im Vergleich

Tabelle 8 gibt eine Übersicht über Anzahl und Art der durchgeführten Befragungen sowie über die beteiligten Personen. Es zeigt sich, dass sich etwa die Hälfte der Befragten für eine schriftliche Befragung entschieden und zu je etwa einem Viertel eine persönliche oder telefonische Befragung gewählt wurde.

Mit wem wurde Befragung durchgeführt		Interviewart			Gesamt
		persönlich	schriftlich	telefonisch	
Befragung mit einer Person	mit Budgetnehmer/in allein	23	72	25	120
	mit gesetzlichem Betreuer allein	2	1	6	9
	mit Angehörigen allein	1	11	20	32
	sonstige Personen	–	–	2	2
Befragung mit mehrere- ren Perso- nen	mit BN und gesetzlichem Betreuer zusammen	4	13	–	17
	mit BN und Angehörigen	3	–	–	3
	mit BN und Assistent/in zu- sammen	3	2	–	5
	mit BN und sonstigen Personen (careNETZ)	2	1	–	3
	sonstige Konstellation	5	–	–	5
Gesamt		43	100	53	196

Tabelle 8: Befragungspersonen nach Befragungsart

Der Großteil der Befragungen (61 %) konnte mit den Budgetnehmer/innen allein durchgeführt werden. Weitere 17 % der Befragungen erfolgten gemeinsam mit den Budgetnehmer/innen und einer bzw. mehreren weiteren Personen, so dass der/die Budgetnehmer/in bei insgesamt 78 % aller Befragungen zumindest beteiligt war.

In den restlichen Fällen konnte aus verschiedenen Gründen keine Befragung mit den Budgetnehmer/innen selbst stattfinden, z.B. weil es sich noch um Kinder handelt oder weil die Budgetnehmer/innen sich dazu nicht in der Lage fühlten. In diesen knapp 22 % der Fälle wurde die Befragung mit Stellvertretern der Budgetnehmer/innen (z.B. gesetzliche Betreuer/innen, Angehörige) realisiert. Dabei überwiegen (telefonische) Befragungen von Eltern der Budgetnehmer/innen.

Wiederholungsbefragung der Budgetnehmer/innen

Die Wiederholungsbefragung wurde Anfang des Jahres 2007 ausschließlich schriftlich (Fragebögen) durchgeführt. Voraussetzung für die Auswahl der in die zweite Befragungswelle einbezogenen Personen war, dass zwischen der Erstbefragung und der Zweitbefragung ein Abstand von etwa einem halben Jahr liegt. Zum Stichtag Oktober 2006 betraf dies insgesamt 153 Personen.

Da sechs dieser Personen bereits in der Erstbefragung angegeben hatten, dass sie nicht noch einmal befragt werden wollen; wurden nur **147 Fragebögen** versendet. Bis zum 30.04.07 kamen schließlich **84** ausgefüllte **Fragebögen** zurück. Gemessen an der Gesamtzahl aller 196 befragten Budgetnehmer/innen (Erstbefragung) liegen damit zusätzliche Informationen von 43 % aller Befragungspersonen vor. Die Rücklaufquote der Wiederholungsbefragung (in Relation zur Anzahl der versendeten Fragebögen) beträgt **57 %** (vgl. Tabelle 9).

Anzahl der befragten Budgetnehmer/innen Erstbefragung	196
Zeitpunkt der Erstbefragung liegt min. 6 Monate zurück	153
Grundsätzliche Einverständniserklärung für Zweitbefragung	147
Realisierte Zweitbefragungen	84
Realisierungsquote	57 %

Tabelle 9: Anzahl der Budgetnehmer/innen in der Erstbefragung und der Wiederholungsbefragung

Die meisten Wiederholungsbefragungen konnten in den Modellregionen Berlin und Mittelfranken realisiert werden (vgl. Tabelle 10). Dies hängt vor allem damit zusammen, dass im Modellzeitraum hier die ersten Budgets bewilligt wurden und entsprechend frühzeitig auch mit der Befragung der Budgetnehmer/innen begonnen werden konnte.

Modellregion		Anzahl aller Befragungen	Anzahl Wiederholungs-befragungen
Bayern	München	1	–
	Mittelfranken	38	19
Berlin	Alle Bezirke	49	24
Hessen	Groß Gerau	8	3
	Marburg-Biedenkopf	10	2
Nordrhein-Westfalen	Bielefeld	11	4
	Düsseldorf	3	3
Rheinland-Pfalz	Bernkastel-Wittlich	11	3
	Stadt Trier	11	9
	Trier-Saarburg	14	7
Sachsen-Anhalt	Alle Landkreise	7	2
Schleswig-Holstein	Bad Segeberg	9	–
	Schleswig-Flensburg	9	–
Thüringen	Gera	15	8
Gesamt		196	84

Tabelle 10: Anzahl der wiederholt befragten Personen nach Modellregionen

2.5.3 Interviews mit den Leistungsträgern

Im Frühsommer 2006 wurden in allen Modellregionen (bis auf Thüringen) insgesamt 14 leitfadengestützte Interviews mit Leistungsträgern durchgeführt (vgl. Tabelle 11). An sechs Gesprächen waren Mitarbeiter/innen der örtlichen und/oder überörtlichen Sozialhilfeträger beteiligt. In acht weiteren Gesprächen waren Vertreter/innen anderer Rehabilitationsträger bzw. Mitarbeiter/innen von Beratungsstellen mit dem Angebot einer Budgetassistenz („careNETZ“, „InDiPro“; vgl. Kap. 5.2) einbezogen, da diese z.T. Aufgaben der Leistungsträger im Budgetverfahren übernehmen.

Modellregion	Teilnehmer an der Leistungsträgerbefragung
Bayern	örtlicher/ überörtlicher Sozialhilfeträger
Berlin	örtlicher Sozialhilfeträger Gesundheitsamt/ öffentliche Beratungsstelle
Hessen	örtlicher/ überörtlicher Sozialhilfeträger Gesundheitsamt Budgetassistenz (InDiPro)
Nordrhein-Westfalen	überörtlicher Sozialhilfeträger
Rheinland-Pfalz	örtlicher/ überörtlicher Sozialhilfeträger Krankenkasse Deutsche Rentenversicherung Integrationsamt
Sachsen-Anhalt	Sozialagentur, Deutsche Rentenversicherung Ministerium für Gesundheit und Soziales
Schleswig-Holstein	örtlicher Sozialhilfeträger Budgetassistenz (careNETZ)
Thüringen	–

Tabelle 11: Teilnehmer an der Befragung der Leistungsträger nach Modellregionen

2.5.4 Befragung der Leistungsanbieter

Der Zugang zu den relevanten Leistungsanbietern in den Modellregionen erfolgte im Wesentlichen über die Landesligen der Freien Wohlfahrtspflege, welche den Fragebogen an ihre Mitgliedseinrichtungen in den Modellregionen weiterleiteten. Ergänzt wurde dieser Verteiler durch den „Bundesverband privater Anbieter (bpa)“ sowie Kontaktadressen von privaten Leistungsanbietern, die der wissenschaftlichen Begleitforschung aus den Interviews mit Budgetnehmer/innen, Leistungsträgern oder durch die Projektverantwortlichen/ Projektgruppen vor Ort bekannt waren. Die ausgefüllten Fragebögen konnten auf postalischem Wege sowie per E-Mail (Online-Formular) zurückgesendet werden.

An der Befragung der Leistungsanbieter beteiligten sich insgesamt 99 Einrichtungen bzw. soziale Dienste, die (stationäre, teilstationäre und/oder ambulante) Leistungen für Menschen mit Behinderung erbringen. Vertreten sind dabei insbesondere Leistungserbringer aus Bayern, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Hessen (vgl. Tabelle 12).

Modellregion	Häufigkeit
Bayern	36
Sachsen-Anhalt	28
Schleswig-Holstein	13
Hessen	12
Rheinland-Pfalz	5
Nordrhein-Westfalen	3
Berlin	1
Thüringen	1
<i>Gesamt</i>	<i>99</i>

Tabelle 12: Anzahl der befragten Leistungsanbieter nach Modellregion

Die Mehrheit der befragten Dienstleister (84 %) befindet sich in frei-gemeinnütziger Trägerschaft, zwölf Leistungsanbieter in privat-gewerblicher und vier in öffentlich-rechtlicher. Einige Dienste agieren erst seit kurzer Zeit am Markt, andere bestehen schon seit über 100 Jahren; im Durchschnitt existieren die befragten Anbieter seit 29 Jahren. Auch bei der jeweiligen Anzahl der Nutzerinnen und Nutzer zeigt sich eine große Spannweite von drei bis 2.500 Nutzer/innen (vgl. Tabelle 13). Der Durchschnitt liegt bei 249 Nutzer/innen.

Anzahl der Nutzer/innen	Anzahl	Gültige Prozent
Bis 19	8	8 %
20-49	21	22 %
50-99	20	21 %
100-199	13	13 %
200-499	22	23 %
500 und mehr	13	13 %
<i>Gesamt</i>	<i>97</i>	<i>100 %</i>

Tabelle 13: Befragte Leistungsanbieter in den Modellregionen nach Anzahl der Nutzer/innen

Knapp zwei Drittel aller Leistungsanbieter (n=64) erbringen Leistungen für erwachsene Menschen mit Behinderungen, 31 Einrichtungen/Dienstleister für Erwachsene und Kinder/Jugendliche und nur drei Leistungsanbieter betreuen ausschließlich Kinder und Jugendliche. Bei den Zielgruppen sind alle Behinderungsarten vertreten, im Mittelpunkt stehen Menschen mit psychischer Erkrankung, geistiger Behinderung und Körperbehinderung. Das Leistungsspektrum der befragten Anbieter ist insgesamt heterogen, die meisten von ihnen (n=83) bieten jedoch – oftmals in Kombination mit anderen Leistungen – Unterstützungsleistungen im Bereich Wohnen an. Dabei halten sich stationäre und ambulante Angebote in etwa die Waage. Auch der Bereich „Arbeit“ wird von einem Großteil der Anbieter (n=77) abgedeckt. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um tagesstrukturierende Angebote, Förder- und Betreuungsgruppen sowie Werkstätten für Menschen mit Behinderung. Auch im Freizeitbereich bieten viele Einrichtungen/Dienste (n= 71) ihre Leistungen an. Weitere Angebote be-

ziehen sich auf die Bereiche „Bildung und Beratung“; 58 „Fahrdienste“, Pflege (n=26) und familienunterstützende Dienste.

2.5.5 Befragung der gesetzlichen Betreuer/innen

Es wurden 44 Betreuer/innen, die mindestens eine/n Budgetnehmer/in betreuen, angeschrieben und um Auskunft zu ihren Erfahrungen und Einschätzungen zum Persönlichen Budget gebeten. Es antworteten insgesamt 33 Personen, so dass der Rücklauf etwa 75 % beträgt.

Die Mehrzahl der befragten Personen (n=27 Personen) sind Berufsbetreuer/innen, vier Personen sind ehrenamtlich tätig. Eine weitere Berufsbetreuerin nimmt im Falle eines Budgetnehmers die gesetzliche Betreuung ehrenamtlich wahr. In einem Fall fehlen die Angaben. Die befragten Personen sind im Durchschnitt bereits seit knapp neun Jahren als gesetzliche Betreuer/innen tätig. Insgesamt betreuen die befragten gesetzlichen Betreuer/innen 995 Personen; im Schnitt entfallen dabei 32 Personen auf jeden Betreuer. Unter den betreuten 995 Personen befinden sich 57 Budgetnehmer/innen, was einem Anteil von 6 % an allen Betreuten entspricht. 21 Betreuer/innen geben an, dass sie jeweils nur eine Person mit einem Persönlichen Budget betreuen, fünf Betreuer/innen haben jeweils zwei und sieben Betreuer/innen drei oder mehr Budgetnehmer/innen.

2.5.6 Analyse der Zielvereinbarungen

Aus den Modellregionen liegen der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Ende des Projekts insgesamt 224 Zielvereinbarungen vor. Bei einem Stand von 494 Budgets entspricht dies einer Quote von 45 % aller bewilligten Budgets in den Modellregionen. Tabelle 14 gibt einen Überblick über die Anzahl der einbezogenen Zielvereinbarungen nach Modellregion.

Bei den dokumentierten Zielvereinbarungen handelt es sich fast ausschließlich um Zielvereinbarungen der Sozialhilfeträger; lediglich eine Zielvereinbarung stammt von der Agentur für Arbeit. In nur wenigen Fällen (n=6) konnten trägerübergreifende Konzeptionen dokumentiert werden.

Modellregion		Anzahl ZV
Bayern	München	1
	Mittelfranken	49
Berlin	Alle Bezirke	45
Hessen	Groß Gerau	18
	Marburg-Biedenkopf	19
NRW	Bielefeld	12
	Düsseldorf	4
RLP	Bernkastel-Wittlich	0
	Trier (BA Trier)	1
	Trier-Saarburg	19
Sachsen-Anhalt	Alle Landkreise	3
Schleswig-Holstein	Bad Segeberg	17
	Schleswig-Flensburg	12
Thüringen	Gera	24
Gesamt		224

Tabelle 14: Anzahl der analysierten Zielvereinbarungen nach Modellregionen

3 Bewilligte Budgets und Personenkreis der Budgetnehmer/innen

Im Folgenden wird ein Überblick über die Anzahl bewilligter Budgets sowohl in den Modellregionen als auch in den Regionen außerhalb der Modellprojekte „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“ gegeben (vgl. Kap. 3.1) und der Personenkreis der Budgetnehmer/innen charakterisiert (vgl. Kap. 3.2). In Kap. 3.3 bis 3.6 werden einzelne budget- und personenbezogene Merkmale (beteiligte Leistungsträger, bewilligte Leistungen, vorheriger und begleitender Leistungsbezug, Höhe der Budgets) näher analysiert. In Kap. 3.7 werden abschließend Merkmale nicht-realisierten und eingestellter Budgets dargestellt.

3.1 Anzahl bewilligter Budgets

Zum Auswertungstichtag (15.05.2007) ist auf der Basis der Dokumentationsunterlagen eine Anzahl von **494 bewilligten Persönlichen Budgets in den Modellregionen** erfasst (vgl. Tabelle 15). Über sechs Anträge ist bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht entschieden worden, in 100 Fällen kam kein Persönliches Budget zustande.

Ergänzend zu den Dokumentationen aus den Modellregionen werden seit April 2006 Dokumentationsunterlagen von Regionen außerhalb der Modellprojekte in die Auswertung einbezogen (diese Dokumentationen stehen in Zusammenhang mit einer Verwaltungsrichtlinie des BMAS; vgl. Kap. 2.4.1). Auf der Basis dieser Informationen können **353 bewilligte Persönliche Budgets außerhalb der Modellregionen** gezählt werden (vgl. Tabelle 16).

Zusammengerechnet ergibt sich somit eine **dokumentierte Gesamtzahl von 847 bewilligten Persönlichen Budgets** innerhalb und außerhalb der Modellregionen.

Modellregion		Anzahl bewilligter Budgets
Bayern	Mittelfranken	97
	München/ Oberbayern	12
Berlin	Friedrichshain-Kreuzberg (u.a. Bezirke)	88
Hessen	Groß-Gerau	20
	Marburg-Biedenkopf	42
Nordrhein-Westfalen	Bielefeld	32
	Düsseldorf	14
Rheinland-Pfalz	Bernkastel-Wittlich	32
	Trier-Saarburg	35
	Trier	32
Sachsen-Anhalt	Magdeburg (u.a. Kreise/ Städte)	22
Schleswig-Holstein	Schleswig-Flensburg	17
	Segeberg	28
Thüringen	Gera	23
Gesamt: Alle Modellregionen		494

Tabelle 15: Anzahl der bewilligten Budgets in den Modellregionen

Im Vergleich der einzelnen Bundesländer/Regionen, die an den Modellprojekten „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“ beteiligt sind, lässt sich eine relativ große Spannweite hinsichtlich der Anzahl an Budgetbewilligungen feststellen: von München/ Oberbayern mit 12 und Düsseldorf mit 14 bewilligten Budgets bis hin zu Berlin mit 88 und Mittelfranken mit 97 Budgetbewilligungen (vgl. Tabelle 15).

Bundesland (Regionen außerhalb der Modellprojekte)	Anzahl bewilligter Budgets
Baden-Württemberg	68
Bayern	20
Hamburg	33
Hessen	1
Mecklenburg-Vorpommern	1
Niedersachsen	18
Nordrhein-Westfalen	26
Rheinland-Pfalz	154
Sachsen	25
Schleswig-Holstein	2
Überregional (Deutsche Rentenversicherung Bund)	5
Gesamt: Alle Regionen außerhalb der Modellprojekte	353

Tabelle 16: Anzahl der bewilligten Budgets in Regionen außerhalb der Modellprojekte

Auch in den Regionen außerhalb der Modellprojekte lassen sich deutliche Unterschiede in der Zahl der dokumentierten Budgetbewilligungen feststellen. Dabei stechen vor allem die Länder Baden-Württemberg mit 68 bewilligten und dokumentierten Persönlichen Budgets (von Leistungsträgern aus 17 Kreisen/Städten) sowie Rheinland-Pfalz mit 154 bewilligten Budgets (von Leistungsträgern aus 12 Kreisen/Städten) heraus. Die relativ hohe Anzahl an dokumentierten Budgets in diesen beiden Bundesländern ist darauf zurückzuführen, dass hier die ersten Modellversuche zum Persönlichen Budget in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt wurden (in Rheinland-Pfalz ab 1998, in Baden-Württemberg ab 2002; vgl. Kap. 1.4), so dass vor allem die Sozialhilfeträger in diesen Bundesländern bereits über langjährige Erfahrungen mit der neuen Leistungsform (insbesondere was die Eingliederungshilfe betrifft) verfügen.

Bezüglich der Budgetnehmerzahlen ist anzumerken, dass die Teilnahme an den Modellprojekten „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“ für die Modellregionen mit der (Selbst-)Verpflichtung verknüpft war, binnen eines Jahres (bis Oktober 2005) jeweils mindestens 50 Budgetnehmer/innen zu gewinnen. Auch wenn bereits in den ersten Monaten der Modellerprobung einzelne Persönliche Budgets bewilligt wurden, ließ sich diese Vorgabe nicht realisieren: Ende September 2005 lagen insgesamt lediglich 100 bewilligte bzw. 49 dokumentierte Persönliche Budgets vor allem aus den Modellregionen Bayern (Bezirk Mittelfranken), Berlin und Thüringen (Gera) vor.

Allerdings erhöhte sich die Zahl der bewilligten Budgets seit Oktober 2005 deutlich und kontinuierlich. Die Zunahme der dokumentierten Budgets geht seit Beginn der Modellprojekte insbesondere auf die Regionen Mittelfranken, Rheinland-Pfalz und Berlin zurück; seit Anfang des Jahres 2006 wurden dann aber in fast allen beteiligten Modellregionen bewilligte Budgets dokumentiert. Eine Ausnahme stellt die Region München/Oberbayern dar; hier verzögerte sich die Vergabe der Projektkoordination an ein externes Beratungsunternehmen, so dass mit der Vorbereitung für eine Umsetzung Persönlicher Budgets erst im Verlauf des Sommers 2005 begonnen werden konnte (vgl. Kap. 2.2.1). Folglich wurden die ersten Budgets in München/ Oberbayern erst Ende 2006 bewilligt, also nach zwei Jahren Laufzeit der Modellprojekte.

Abbildung 9 stellt die Entwicklung der Budgetnehmerzahlen in den einzelnen Modellregionen dar.

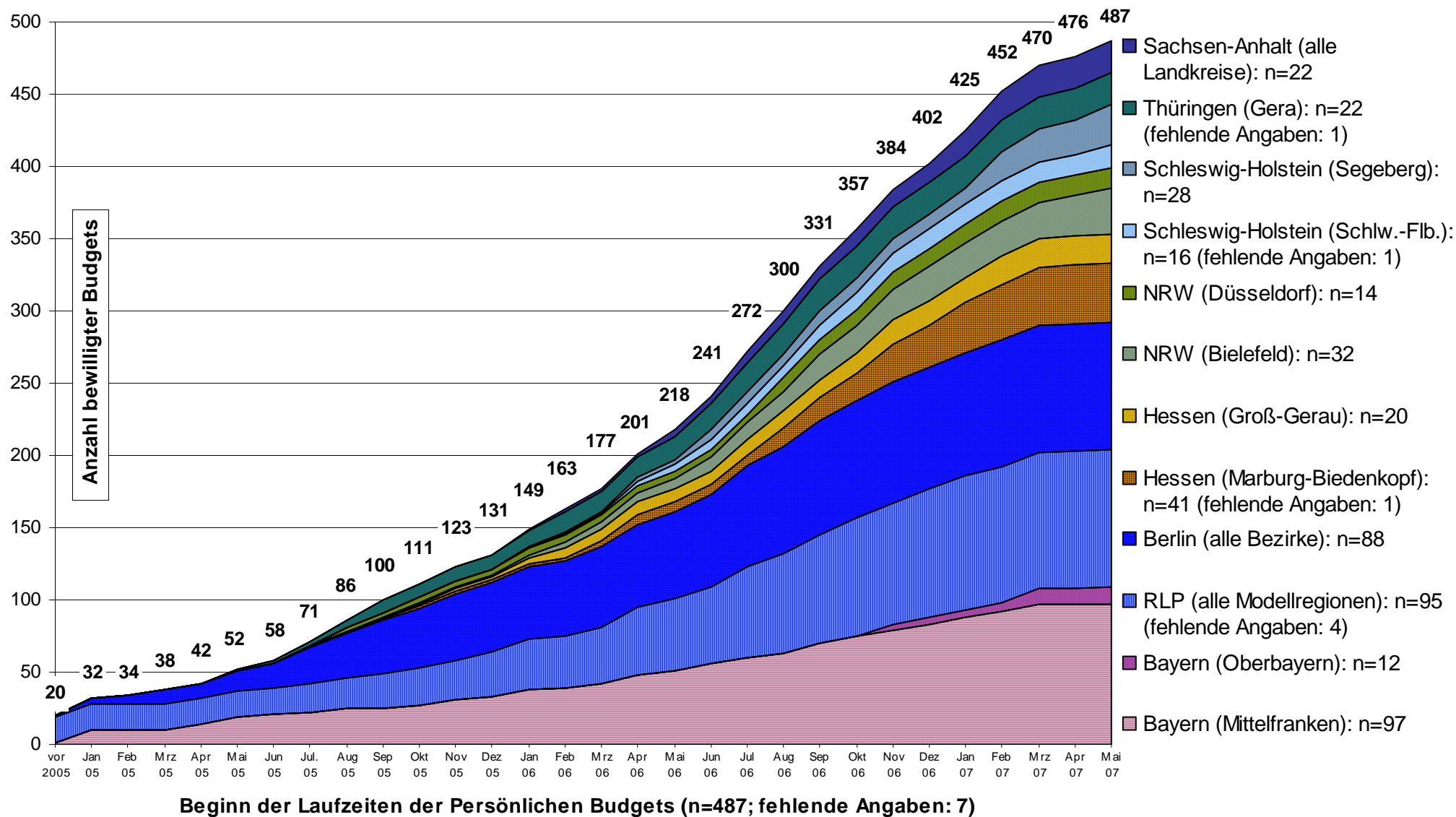


Abbildung 9: Entwicklung der Budgetzahlen in den Modellregionen (Oktober 2004 bis Mai 2007)

Die Anzahl bewilligter Budgets stieg insbesondere im Jahresverlauf 2006 deutlich an: Innerhalb eines Jahres (von Januar 2006 bis Januar 2007) hat sich die Gesamtzahl der bewilligten Budgets nahezu verdreifacht. Vergleicht man die Neubewilligungen pro Quartal (vgl. Abbildung 10), so ist trotz Schwankungen insgesamt eine deutliche Zunahme an Neubewilligungen zu beobachten, so dass tendenziell von einer an Dynamik gewinnenden Entwicklung der Budgetbewilligungen in den Modellregionen gesprochen werden kann.

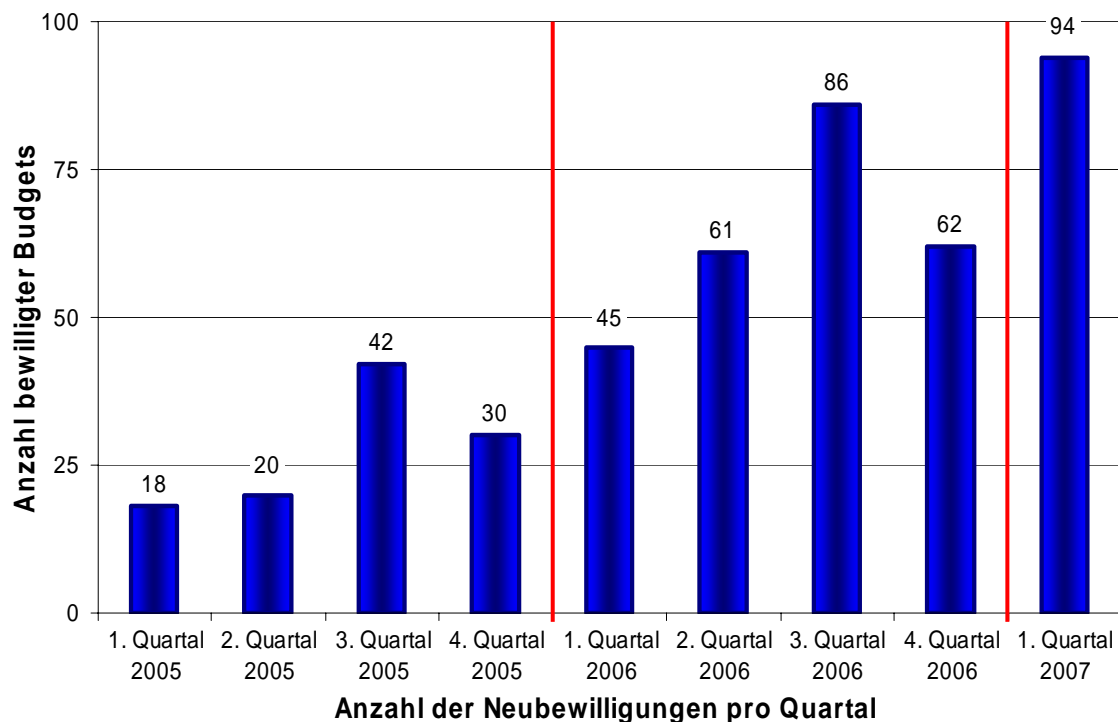


Abbildung 10: Anzahl der im Projektverlauf jeweils im Quartal neu bewilligten Budgets

3.2 Personenkreis der Budgetnehmer/innen

Geschlecht und Alter der Budgetnehmer/innen

Unter den 847 Budgetnehmer/innen (inner- und außerhalb der Modellregionen) ist das Geschlechterverhältnis relativ ausgeglichen: 54 % aller Personen sind männlich, 46 % weiblich.

Das Durchschnittsalter der Budgetnehmer/innen liegt bei 36 Jahren. Dabei erstreckt sich die Altersspanne von zwei bis hin zu 82 Jahren. Nahezu drei Viertel aller Budgetnehmer/innen sind dabei zwischen 20 und 50 Jahren alt (vgl. Abbildung 11).

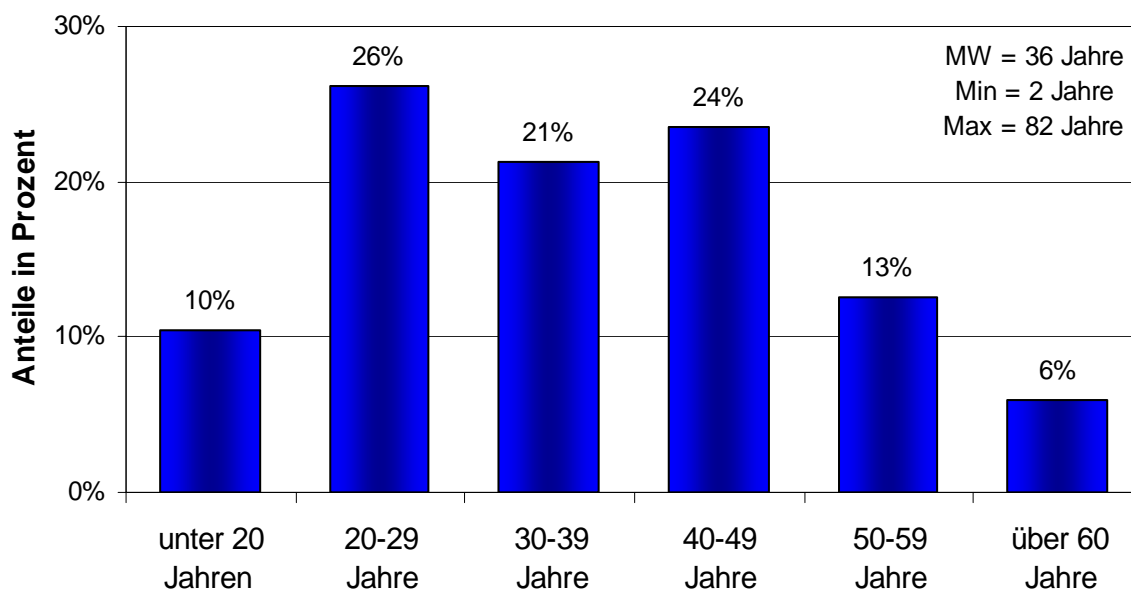


Abbildung 11: Budgetnehmer/innen nach Altersklassen (n=825)

Art der Behinderung

Die größte Gruppe unter den 847 dokumentierten Budgetnehmer/innen bilden Menschen mit psychischer Erkrankung (einschließlich Suchterkrankung) mit einem Anteil von 42 %, gefolgt von Menschen mit geistiger Behinderung mit 31 % sowie von Menschen mit Körperbehinderung mit 19%. Menschen mit „sonstiger Behinderung“ machen 7 % der Budgetnehmer/innen aus, hierzu zählen z.B. Sinnesbeeinträchtigung (Hör- oder Sehschädigung), chronische organische Erkrankung, Epilepsie/Anfallserkrankung oder kindliche Entwicklungsverzögerung (vgl. Abbildung 12).

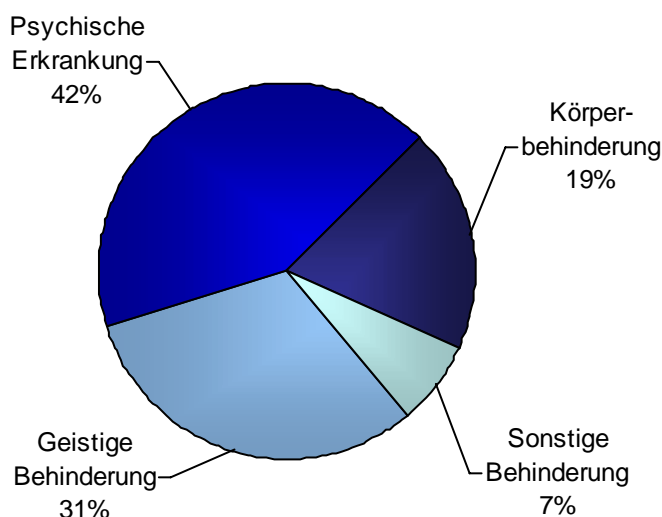


Abbildung 12: Budgetnehmer/innen nach Behinderungsarten (n=845)

Eine differenzierte Betrachtung der *Modellregionen* in Bezug auf die Behinderungen der Budgetnehmer/innen zeigt Unterschiede: Budgetnehmer/innen mit psychischer Erkrankung

dominieren z.B. in den Modellregionen Bayern (59 %), Nordrhein-Westfalen (63 %) und Rheinland-Pfalz (54 %). Budgetnehmer/innen mit geistiger Behinderung sind hingegen in den Modellregionen Hessen (47 %) und Schleswig-Holstein (47 %) sowie in Thüringen (52%) und Sachsen-Anhalt (64%)⁸ stark vertreten. Weiterhin fällt auf, dass in Berlin anteilmäßig die meisten Budgetnehmer/innen mit Körperbehinderung zu finden sind (32 %) (vgl. Abbildung 13).

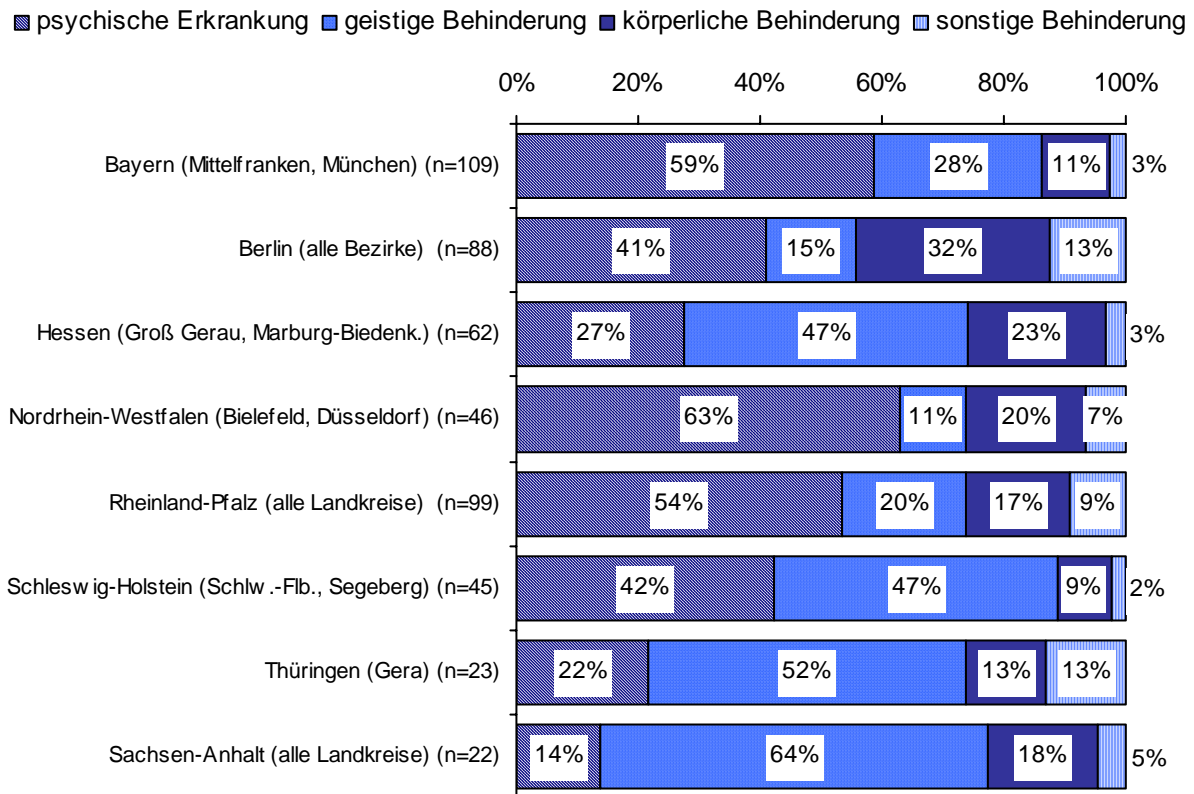


Abbildung 13: Bewilligte Budgets nach (vorrangiger) Behinderungsart und Modellregion

Bei etwa einem Drittel der Budgetnehmer/innen (n=266) werden neben der vorrangigen Behinderung eine oder mehrere weitere Behinderungen angegeben. Die häufigsten Kombinationen sind dabei:

- vorrangige geistige Behinderung in Verbindung mit psychischer Erkrankung (n=44)
- vorrangige geistige Behinderung in Verbindung mit Körperbehinderung (n=35)
- vorrangige psychische Erkrankung in Verbindung mit geistiger Behinderung (n=26)
- vorrangige Körperbehinderung in Verbindung mit geistiger Behinderung (n=22)
- vorrangige Körperbehinderung in Verbindung mit psychischer Erkrankung (n=21)
- vorrangige psychische Erkrankung in Verbindung mit Körperbehinderung (n=19)

⁸ Die Verteilungen in Thüringen und Sachsen-Anhalt sind aufgrund der insgesamt geringeren Fallzahlen allerdings nur eingeschränkt interpretierbar.

Grad der Behinderung und anerkannter Pflegebedarf

Ein Grad der Behinderung (GdB) wird bei über zwei Drittel aller Budgetnehmer/innen (71 %) angegeben (vgl. Abbildung 14, links), von denen nahezu alle Personen (98 %) amtlich als schwerbehindert anerkannt sind (Grad der Behinderung von mindestens 50). Bei über der Hälfte der Budgetnehmer/innen mit einem festgestellten Grad der Behinderung wurde dabei die höchste Ausprägung (Grad der Behinderung von 100) anerkannt (vgl. Abbildung 14, rechts).

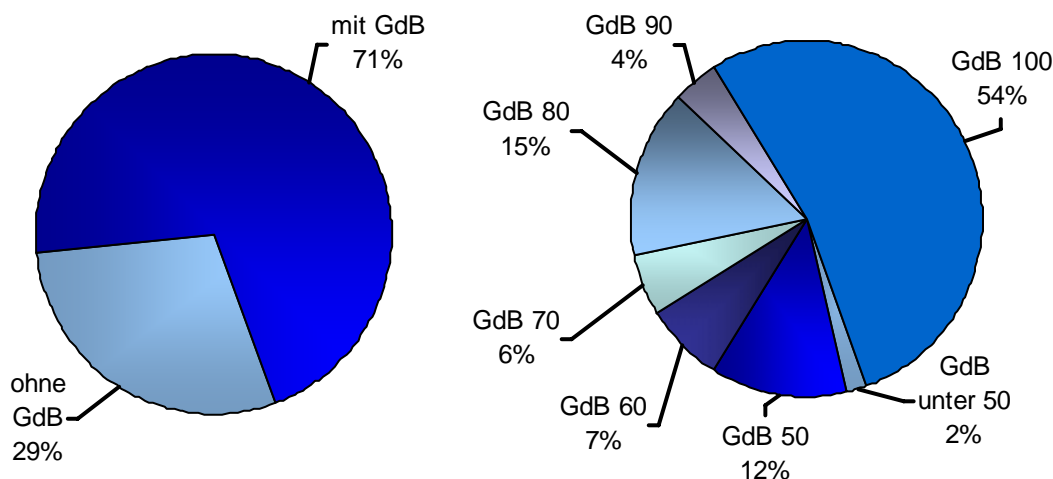


Abbildung 14: Budgetnehmer/innen nach Grad der Behinderung (n=784)

Bezieht man die Art der Behinderung in die Betrachtung ein, fällt auf, dass Menschen mit Sinnesbeeinträchtigung (Seh- und Hörschädigung) den höchsten Grad der Behinderung aufweisen (durchschnittlicher GdB von 98), gefolgt von Menschen mit Körperbehinderung (GdB von 94), geistiger Behinderung (GdB von 87) und Menschen mit psychischer Erkrankung (GdB von 71).

Bei etwa 28 % aller Budgetnehmer/innen wird ein Pflegebedarf angegeben (vgl. Abbildung 15, links). Dieser Personenkreis setzt sich zusammen aus 11 % mit einem Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I, 26 % in der Pflegestufe I, 30 % in der Pflegestufe II und 33 % in der Pflegestufe III (vgl. Abbildung 15, rechts).

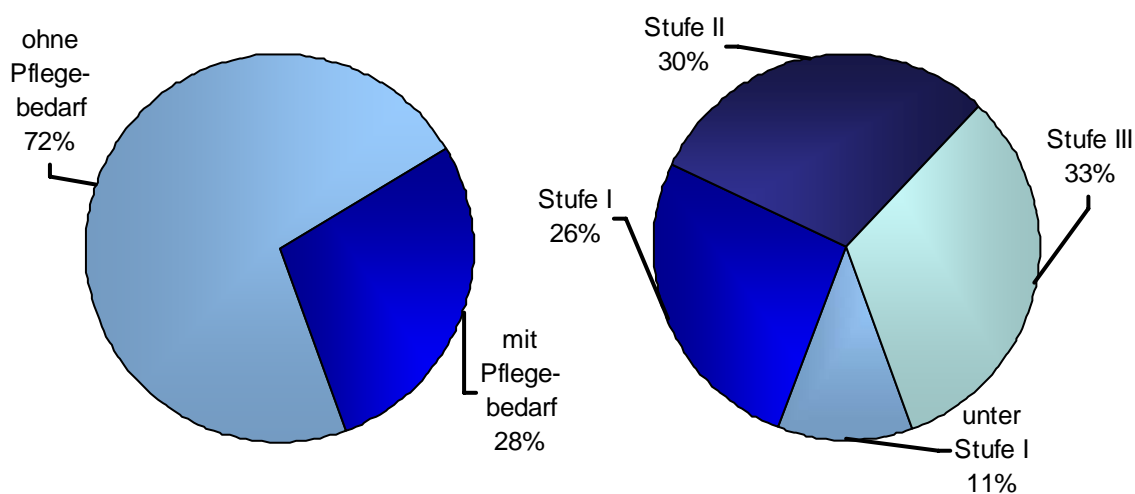


Abbildung 15: Budgetnehmer/innen nach Pflegebedarf/ anerkannter Pflegestufe (n=809)

Unter den Budgetnehmer/innen mit Pflegebedarf sind vorwiegend Menschen mit Körperbehinderung (davon zumeist mit der Pflegestufe III) und Menschen mit geistiger Behinderung (davon zumeist mit der Pflegestufe I oder II).

Subjektive Unterstützungsbedarfe der Budgetnehmer/innen

Weitere Hinweise auf die Art der Unterstützungsbedarfe liefern Angaben aus der Budgetnehmer-Befragung. Im Rahmen dieser Erhebung wurden die Budgetnehmer/innen gefragt, bei welchen Dingen im Alltag sie Unterstützung benötigen. Abbildung 16 gibt einen Überblick über die subjektiven Unterstützungsbedarfe differenziert nach verschiedenen Lebensbereichen.

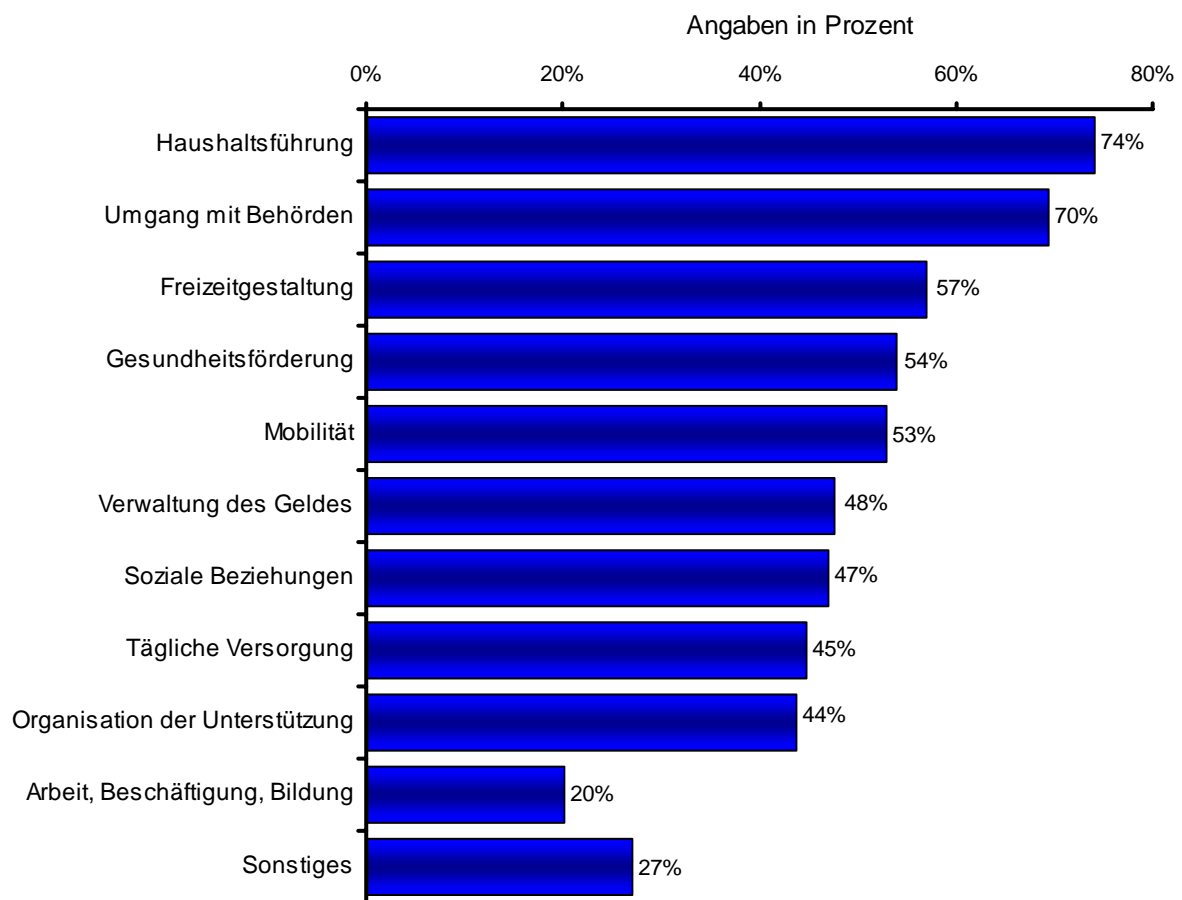


Abbildung 16: Häufigkeit der genannten Unterstützungsbedarfe nach Lebensbereichen (Mehrfachantworten möglich) (n=174)

Knapp drei Viertel der Budgetnehmer/innen geben an, „Unterstützung bei der Haushaltsführung“ zu benötigen (z.B. Kochen, Putzen, Einkaufen). An zweiter Stelle rangiert die Unterstützung im „Umgang mit Behörden“ (70 %). Geringere Relevanz aus Sicht der Budgetnehmer/innen scheint hingegen der Bereich „Arbeit, Beschäftigung und Bildung“ (ca. ein Fünftel der Befragten) zu besitzen, was darauf zurückzuführen ist, dass viele Budgetnehmer/innen keiner Arbeit nachgehen (können).

Betrachtet man die Unterstützungsbereiche nach Behinderungsart der Budgetnehmer/innen, so lassen sich unterschiedliche Bedarfsschwerpunkte feststellen:

- Bei Menschen mit psychischer Erkrankung dominieren die Unterstützungsbereiche „Umgang mit Behörden“ und „Beziehungsgestaltung“.
- Verhältnismäßig häufig werden von Personen mit geistiger Behinderung die Unterstützungsbereiche „Umgang mit Behörden“, „Haushaltsführung“ und „Geldverwaltung“ genannt.
- Bei Budgetnehmer/innen mit Körperbehinderung nehmen die Unterstützungsbereiche „Haushaltsführung“, „Mobilität“ und „Tägliche Versorgung“ eine zentrale Stellung ein.

Die im Kontext der Inanspruchnahme Persönlicher Budgets bedeutsamen Unterstützungsbereiche „Umgang mit Behörden“, „Organisation von Unterstützung“ und „Verwaltung des Geldes“ sind insbesondere bei Menschen mit geistiger Behinderung von subjektiver Relevanz. Eine ausführliche Analyse budgetbezogener Beratungs- und Unterstützungsbedarfe („Budgetassistenz“) findet sich in Kap. 5.

Bildungsstand und Berufsabschluss der Budgetnehmer/innen

Etwa die Hälfte aller Budgetnehmer/innen verfügt über eine abgeschlossene Schulausbildung an einer Haupt-, Realschule oder einem Gymnasium. Hierbei handelt es sich in der Mehrheit um Personen mit einem Hauptschulabschluss (26 %), gefolgt von Personen mit einem mittleren Bildungsabschluss (17 %). Eine vergleichsweise geringe Anzahl der Budgetnehmer/innen hat Abitur oder Fachhochschulreife (10 %). Einen Förderschulabschluss weisen 23 % auf. Weitere 14 % der Budgetnehmer/innen haben die Schule abgebrochen oder ohne Abschluss beendet und 10 % befinden sich noch in der Schule oder im Kindergarten.

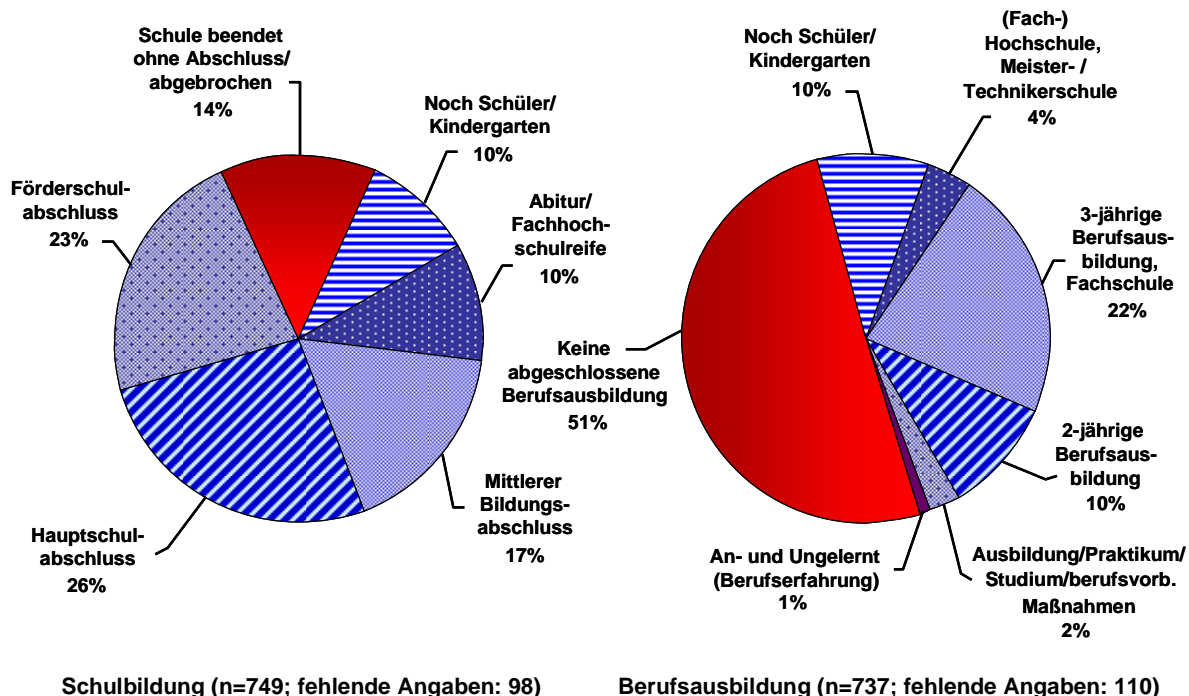


Abbildung 17: Schulbildung und Berufsabschlüsse der Budgetnehmer/innen

Die Mehrheit der Budgetnehmer/innen hat keine abgeschlossene Berufsausbildung bzw. ist „angelern“ (52 %). Eine dreijährige Ausbildung oder eine Fachschulausbildung absolvierten insgesamt 22 %, eine zweijährige Ausbildung 10 % und einen höheren Abschluss (Universi-

täts- oder Fachhochschulstudium, Meister- oder Technikerschule) besitzen 4 %. Einige Budgetnehmer/innen befinden sich allerdings noch in der Schulausbildung (10 %) bzw. in beruflicher Ausbildung, absolvieren ein Praktikum oder eine berufsvorbereitende Maßnahme (2 %). Eine Übersicht über die Schul- und Berufsausbildung der Budgetnehmer/innen gibt Abbildung 17.

Betrachtet man die erzielten Abschlüsse nach (vorrangiger) Art der Behinderung, so zeigt sich, dass Personen mit (Fach-)Hochschulreife oder mittlerem Bildungsabschluss fast ausschließlich Budgetnehmer/innen mit psychischer Erkrankung oder mit Körperbehinderung sind. Bei den Personen mit Hauptschulabschluss verhält sich dies ähnlich. Unter den Budgetnehmer/innen mit einem Förderschulabschluss dominieren hingegen Personen mit geistiger Behinderung.

Diese Verteilung setzt sich bei den Berufsabschlüssen fort: Höhere Abschlüsse (Studium, Meister- und Technikerausbildung) werden fast ausschließlich von Budgetnehmer/innen mit psychischer Erkrankung oder Körperbehinderung berichtet. Eine dreijährige Berufsausbildung oder Fachschulausbildung haben ebenfalls überwiegend Personen mit psychischer Erkrankung bzw. Körperbehinderung, während zweijährige Berufsausbildungen (z.B. Fachwerker- oder Helferberufe) vorwiegend von Menschen mit psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung absolviert wurden.

Betrachtet man schließlich die Gruppe der Budgetnehmer/innen ohne abgeschlossene Berufsausbildung (einschließlich angelernter Arbeitskräfte), so fällt auf, dass die Mehrheit davon Menschen mit geistiger Behinderung, gefolgt von Menschen mit psychischer Erkrankung sind, wohingegen Budgetnehmer/innen mit Körperbehinderung in dieser Gruppe eher selten zu finden sind.

Im Abgleich des Schulabschlusses mit der Berufsausbildung werden folgende Zusammenhänge deutlich:

- So gut wie keiner der Budgetnehmer/innen ohne Schulabschluss weist eine abgeschlossene Berufsausbildung auf.
- Das Gleiche gilt fast ausnahmslos für die Förderschulabsolventen/innen; lediglich 13 von 169 Personen (ca. 8 %) verfügen über eine abgeschlossene Berufsausbildung.
- Ein Hauptschulabschluss führt in über der Hälfte der Fälle (55 %) zu einer drei- oder zumindest zweijährigen Berufsausbildung. Auf der anderen Seite haben fast 40 % der Budgetnehmer/innen mit Hauptschulabschluss keine abgeschlossene Berufsausbildung.
- Mit höheren Bildungsabschlüssen steigt die Wahrscheinlichkeit einer abgeschlossenen beruflichen Ausbildung. So absolvierten zwei Drittel aller Personen mit einem mittleren Bildungsabschluss eine Berufsausbildung.

Wohn- und Beschäftigungssituation zum Zeitpunkt der Budgetbeantragung

Etwa 77 % der Budgetnehmer/innen leben zum Zeitpunkt der Antragstellung in einer Privatwohnung. Davon wohnen wiederum über die Hälfte allein und knapp 30 % bei ihren Eltern bzw. der Herkunftsfamilie. Etwa 11 % leben mit Partner/in (und teilweise mit Kindern) zusammen. Daneben gibt es noch 28 Personen, die in einer Wohngemeinschaft leben und 16

Budgetnehmer/innen, die als Alleinerziehende zusammen mit ihren Kindern in einem gemeinsamen Haushalt wohnen.

Die übrigen Budgetnehmer/innen, die nicht in einer Privatwohnung leben, wohnen mehrheitlich in ambulant betreuten Wohnangeboten. Lediglich 3 % aller Budgetnehmer/innen leben in stationären Einrichtungen (Wohnheim, Senioren- oder Pflegeheim, Außenwohngruppe, Dorfgemeinschaft) und 1 % in einer (Pflege-)Familie (vgl. Abbildung 18).

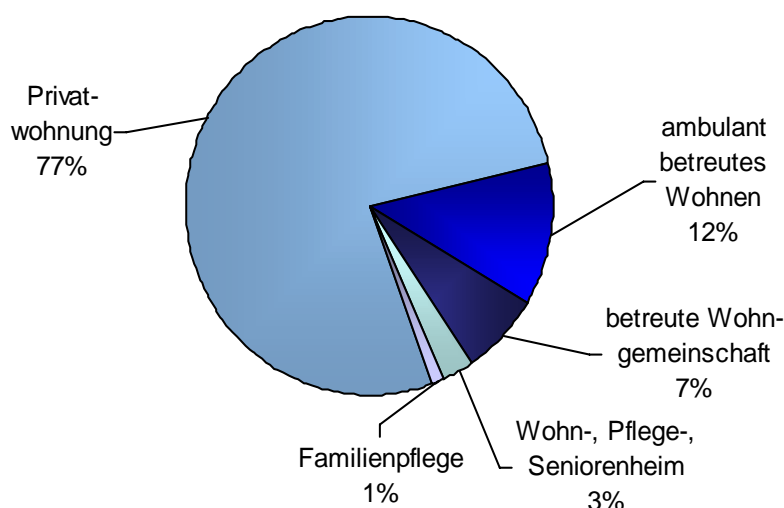


Abbildung 18: Wohnsituation der Budgetnehmer/innen zum Zeitpunkt der Budgetbeantragung (in %; n=825)

Die Beschäftigungssituation der Budgetnehmer/innen zum Zeitpunkt der Antragstellung erscheint etwas heterogener: Sie ist einerseits gekennzeichnet durch eine relativ hohe Anzahl an Personen, die ohne Beschäftigung bzw. arbeitslos im Sinne des SGB III sind (29 %), andererseits durch eine Vielzahl an Budgetnehmer/innen, die in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung beschäftigt sind (28 %). Nur wenige Personen (6 %) verfügen über ein Arbeitsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder sind selbstständig bzw. freiberuflich tätig.⁹

Knapp 9 % aller Personen besuchen zum Zeitpunkt der Budgetbeantragung eine Schule oder den Kindergarten und weitere 4 % absolvieren eine Ausbildung, ein Studium, Praktikum oder eine berufsvorbereitende bzw. Berufsbildungsmaßnahme. 2 % der Budgetnehmer/innen besuchen eine Tagesstätte, eine Fördergruppe oder ein Arbeits- und beschäftigungstherapeutisches Angebot; in einer Maßnahme der beruflichen oder medizinischen Rehabilitation sind weitere 9 Personen (1 %). Ein Teil der Budgetnehmer/innen (14 %) bezieht eine Alters- oder Erwerbsminderungsrente (EU-Rente). Abbildung 19 veranschaulicht die Beschäftigungssituation der Budgetnehmer/innen zum Zeitpunkt der Antragstellung differenziert nach der Art der Behinderung:

⁹ Es handelt es sich hierbei z.B. um einen freiberuflich tätigen Gebärdensprachen-Dozenten, eine Modedesignerin, einen Heilpraktiker sowie um freischaffende Künstler.

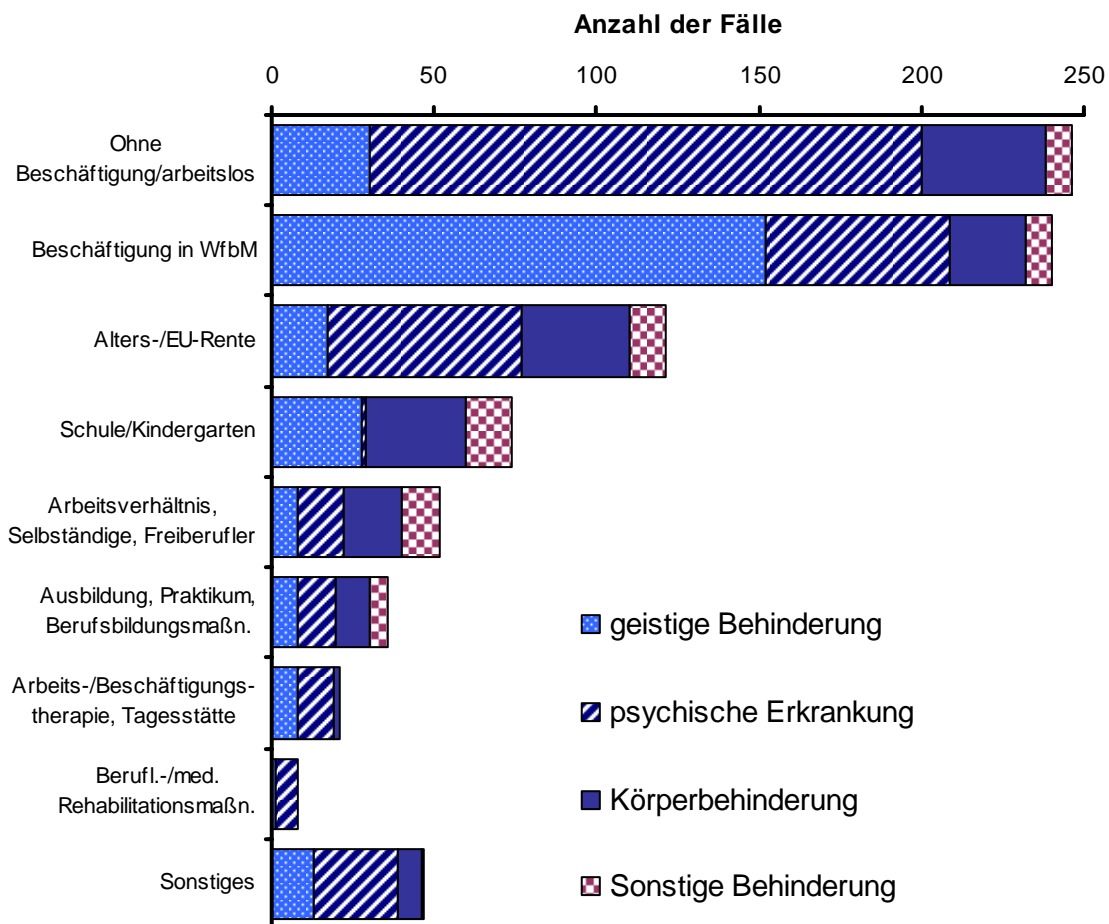


Abbildung 19: Berufliche Situation der Budgetnehmer/innen nach Art der Behinderung (n=845)

In Abbildung 19 wird deutlich, dass unter den Personen ohne Beschäftigung bzw. in Arbeitslosigkeit Menschen mit psychischer Erkrankung überproportional häufig vertreten sind: Sie machen 69 % dieser Personengruppe aus. Menschen mit geistiger Behinderung dominieren unter den Werkstattbeschäftigten mit 63 %. Ein Arbeitsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bzw. den Status von Selbstständigen oder Freiberuflern haben hingegen insbesondere Menschen mit psychischer Erkrankung, Körperbehinderung oder Sinnesbeeinträchtigung.

3.3 Beteiligte Leistungsträger und bewilligte Leistungen

Sowohl inner- als auch außerhalb der Modellregionen wurden nahezu alle Persönliche Budgets in der Zuständigkeit nur eines Leistungsträgers bewilligt. Dies trifft auf 95 % aller bewilligten Budgets zu (803 von 847 Budgets).

Insgesamt wurden 44 trägerübergreifende Persönliche Budgets realisiert (in den Modellregionen 31, in den Regionen außerhalb 13); dies entspricht einem Anteil von insgesamt 5 % an der Gesamtzahl der bewilligten Budgets. Tabelle 17 gibt eine Übersicht über die Persönlichen Budgets in- und außerhalb der Modellregionen, die in Einfachzuständigkeit bzw. in trägerübergreifender Ausgestaltung bewilligt wurden.

Beteiligte Leistungsträger	in den Modellregionen	außerhalb der Modellregionen	Gesamt
<i>Einfachzuständigkeit</i>	463	340	803
Sozialhilfe	455	300	755
Agentur für Arbeit	4	18	22
Integrationsamt	2	16	18
Rentenversicherung	1	5	6
Kriegsopferfürsorge	1	1	2
<i>Trägerübergreifend</i>	31	13	44
Sozialhilfe, Pflegeversicherung	27	8	35
Sozialhilfe, Krankenversicherung	2	–	2
Sozialhilfe, Integrationsamt	1	1	2
Sozialhilfe, Pflegeversicherung, Integrationsamt	1	–	1
Sozialhilfe, Krankenversicherung, Pflegeversicherung	–	1	1
Sozialhilfe, Agentur für Arbeit	–	1	1
Sozialhilfe, Jugendhilfe	–	1	1
Sozialhilfe, Krankenversicherung, Rentenversicherung, Integrationsamt, Pflegeversicherung	–	1	1
<i>Gesamt</i>	494	353	847

Tabelle 17: Anzahl der bewilligten Budgets nach beteiligten Leistungsträgern (n=847)

Auffällig ist, dass die Sozialhilfeträger an nahezu allen bewilligten Budgets beteiligt sind: zu 94 % an den Budgets in Einfachzuständigkeit und zu 100 % an trägerübergreifenden Persönlichen Budgets. In der Regel haben sie auch die Funktion des Beauftragten inne – mit Ausnahme von 48 Budgets in (Einfach-)Zuständigkeit anderer Leistungsträger (Bundesagentur für Arbeit, Integrationsamt, Rentenversicherung, Kriegsopferfürsorge) und eines trägerübergreifenden Budgets, bei dem das Integrationsamt die Rolle des beauftragten Leistungsträgers einnimmt und der Sozialhilfeträger lediglich mit Leistungen beteiligt ist.

Betrachtet man die Anzahl der Leistungen, aus denen sich die bewilligten Budgets zusammensetzen, so zeigt sich, dass zwei Drittel aller dokumentierten Budgets aus einer einzigen Leistungsart bestehen. Aus zwei verschiedenen Leistungen setzen sich etwa 24 % aller Budgets zusammen, drei oder mehr Leistungen fließen in 10 % aller bewilligten Budgets ein (vgl. Abbildung 20).

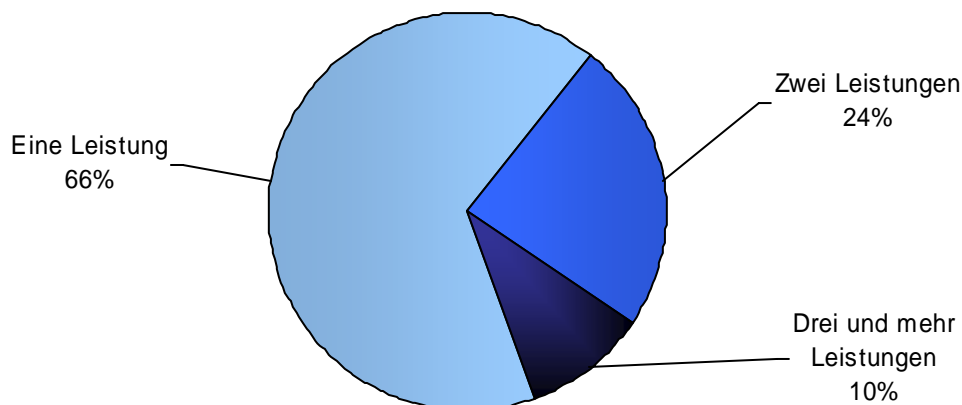


Abbildung 20: Anzahl der Leistungen im Budget (in und außerhalb der Modellregionen; n=813; Angaben in %)

Die in Form eines Persönlichen Budgets bewilligten Leistungen werden im Wesentlichen von zwei Leistungsarten der Sozialhilfe dominiert: In 59 % aller Fälle besteht das Budget – entweder ausschließlich oder in Kombination mit anderen Leistungen – aus der Leistungsart „Ambulante Eingliederungshilfen im häuslichen Bereich“, in 42 % aller Fälle fließen „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ in ein Persönliches Budget ein. Ferner spielen quantitativ betrachtet noch „Leistungen zur Mobilität“ (11 %) und „Hilfe zur Pflege“ (7 %) eine Rolle (beides Leistungen der Sozialhilfe). Unter den Leistungen von Trägern außerhalb der Sozialhilfe rangieren an oberster Stelle „Pflegegeld“ der Pflegeversicherung (3 % bzw. 21 Fälle) sowie „Arbeitsassistenz“ als Leistung der Bundesagentur für Arbeit bzw. des Integrationsamts (2 % bzw. 17 Fälle). Tabelle 18 gibt Aufschluss über alle Leistungsarten, die in Form eines Persönlichen Budgets bewilligt wurden (nach Häufigkeit sortiert).

Leistungsart	Leistungs-träger ¹⁰	in den Modell-regionen	außerhalb der Modell-regionen	Gesamt	
				Anzahl	in % der Fälle
Ambulante Eingliederungshilfen im häuslichen Bereich	SH	258	222	480	59 %
Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	SH ¹¹	212	126	338	42 %
Leistungen zur Mobilität	SH	54	38	92	11 %
Hilfe zur Pflege	SH	43	11	54	7 %
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (WfbM)	SH	13	10	23	3 %
Pflegegeld ¹²	PV	17	4	21	3 %
Arbeitsassistenz (zur Sicherung von Beschäftigungsverhältnissen)	IntA, BA	4	13	17	2 %
Hilfen zu angemessener Schulbildung („Schulassistenz“)	SH	16	1	17	2 %
Pflegesachleistungen	PV	10	6	16	2 %
Leistungen für den Berufsbildungsbereich einer WfbM	BA	1	14	15	2 %
Teilstationäre Eingliederungshilfen (Förder- und Betreuungsgruppen)	SH	8	6	14	2 %
Unterstützung von Familien	SH	3	7	10	1 %
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Frühförderung)	SH	7	–	7	1 %
Leistungen zur Erhaltung/ Erweiterung berufl. Kenntnisse u. Fertigkeiten	IntA	–	7	7	1 %
Hilfen zum Besuch einer Hochschule	SH	2	4	6	1 %
Hilfen zur Kommunikation und Information	SH	4	2	6	1 %
Kraftfahrzeughilfe/ Beförderungskosten	RV, BA	–	6	6	1 %
Fahrtkostenhilfe	BA, KV	3	2	4	0,5 %
Maßnahmekosten (z.B. Aus- und Fortbildung)	BA	3	1	4	0,5 %
Hilfsmittel, Technische Arbeitshilfen	RV, BA	2	1	3	0,4 %

¹⁰ SH = Sozialhilfe; PV = Pflegeversicherung; IntA = Integrationsämter; BA = Bundesagentur für Arbeit; RV = Rentenversicherung; KV = Krankenversicherung; JH = öffentliche Jugendhilfe.

¹¹ In einem Fall in Zuständigkeit der Kriegsopferfürsorge.

¹² In einem Fall als Kombination von Geld- und Sachleistung.

Aufwendungen für Arbeitskleidung	BA	2	–	2	0,3 %
Leistungen zur Erhaltung/ Erlangung eines Arbeitsplatzes	RV	–	2	2	0,3 %
Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	PV, KV	1	1	2	0,3 %
Aufwendungen für Lernmittel	BA	1	–	1	0,1 %
Begleitende und unterstützende Hilfen	BA	1	–	1	0,1 %
Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jgdl.	JH	–	1	1	0,1 %
Ergotherapie	KV	1	–	1	0,1 %
Gebärdendolmetscher	KV	1	–	1	0,1 %
Häusliche Krankenpflege	KV	–	1	1	0,1 %
Pflegeleistungsergänzung	PV	1	–	1	0,1 %
Rehabilitationssport und Funktionstraining	KV	–	1	1	0,1 %
Sonstige Sozialhilfeleistungen	SH	11	3	14	2 %

Tabelle 18: Bewilligte Leistungen (n=813; Mehrfachnennungen möglich)

3.4 Trägerübergreifende Persönliche Budgets

Im Folgenden werden die trägerübergreifenden Persönlichen Budgets und ihre Leistungszusammensetzung betrachtet. Von den insgesamt 44 trägerübergreifenden Persönlichen Budgets wurden 31 Budgets in den Modellregionen und 13 Budgets außerhalb der Modellregionen realisiert:

- innerhalb der Modellregionen:
 - Berlin/ fünf Bezirke (n=22)
 - Nordrhein-Westfalen/ Düsseldorf (n=1)
 - Rheinland-Pfalz/ Bernkastel-Wittlich, Trier-Saarburg (n=2)
 - Schleswig-Holstein/ Schleswig-Flensburg, Segeberg (n=6)
- außerhalb der Modellregionen:
 - Baden-Württemberg/ Hohenlohekreis, Reutlingen, Tübingen, Ulm (n=4)
 - Hamburg (n=4)
 - Hessen/ Landeswohlfahrtsverband Hessen (überregional) (n=1)
 - Niedersachsen/ Northeim (n=1)
 - Nordrhein-Westfalen/ Landschaftsverband Rheinland (überregional) (n=1)
 - Sachsen/ Kommunalen Sozialverband Sachsen (überregional) (n=2)

Etwa 80 % dieser trägerübergreifenden Persönlichen Budgets (35 von 44 Budgets) wurden von der Sozialhilfe zusammen mit der Pflegeversicherung bewilligt. Weitere „Trägerkombinationen“ zweier Leistungsträger stellen Sozialhilfe und Integrationsamt (n=2), Sozialhilfe und Krankenversicherung (n=2), Sozialhilfe und Jugendhilfe (n=1) sowie Sozialhilfe und Bundesagentur für Arbeit (n=1) dar. Daneben wurden zwei trägerübergreifende Budgets dokumentiert, die von drei Leistungsträgern bewilligt wurden (Sozialhilfe, Pflegeversicherung und Integrationsamt; Sozialhilfe, Krankenversicherung und Pflegeversicherung), sowie ein Budget, an dem fünf Leistungsträger beteiligt sind (Sozialhilfe, Krankenversicherung, Rentenversicherung, Integrationsamt, Pflegeversicherung).

Die Anzahl der in ein trägerübergreifendes Budget einfließenden Leistungen reicht von zwei Leistungen (betrifft 50 % aller trägerübergreifenden Budgets) bis maximal sechs Leistungen (2 % bzw. ein trägerübergreifendes Budget) (vgl. Abbildung 21).

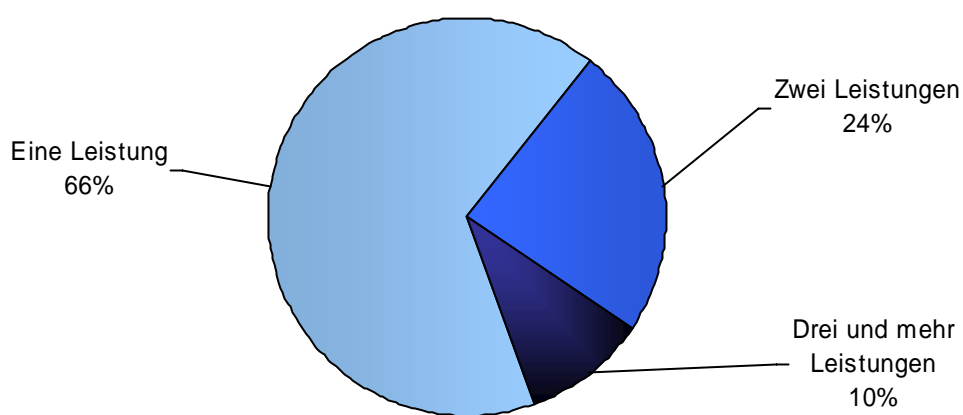


Abbildung 21: Anzahl der Leistungen in trägerübergreifenden Persönlichen Budgets (in und außerhalb der Modellregionen; n=44; Angaben in %)

Da die Leistungszusammensetzung der trägerübergreifenden Persönlichen Budgets sehr vielfältig ist - insgesamt lassen sich 26 verschiedene Kombinationen identifizieren – fällt eine Klassifikation schwer. Feststellbar ist jedoch, dass 14 der 44 trägerübergreifenden Budgets ausschließlich „Leistungen zur häuslichen Pflege“ umfassen:

- Pflegegeld oder Pflegesachleistung (Pflegeversicherung) in Kombination mit
- Hilfe zur Pflege (Sozialhilfe).

Weitere 13 trägerübergreifende Persönliche Budgets bestehen aus der folgenden Leistungskombination:

- „Ambulante Eingliederungshilfen im häuslichen Bereich“ und/oder „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ und/oder „Leistungen zur häuslichen Pflege“ als Hilfe zur Pflege (Sozialhilfe) in Kombination mit
- Pflegegeld oder Pflegesachleistung (Pflegeversicherung)

Darüber hinaus sind komplexe Leistungszusammensetzungen festzustellen, d.h. diese Budgets zeichnen sich durch eine hohe Anzahl an bewilligten Leistungen und/oder eine hohe Anzahl an beteiligten Leistungsträgern aus.

Abbildung 22 stellt exemplarisch eine Komplexleistung bestehend aus insgesamt fünf Leistungen von zwei Leistungsträgern dar, Abbildung 23 zeigt eine Komplexleistung mit sechs Leistungen von fünf Leistungsträgern.

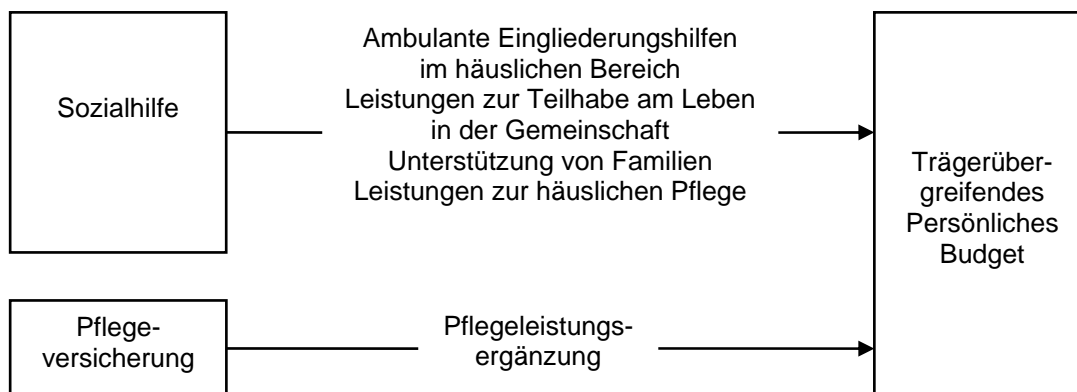


Abbildung 22: Beispiel für eine Komplexleistung mit fünf Leistungen von zwei Leistungsträgern

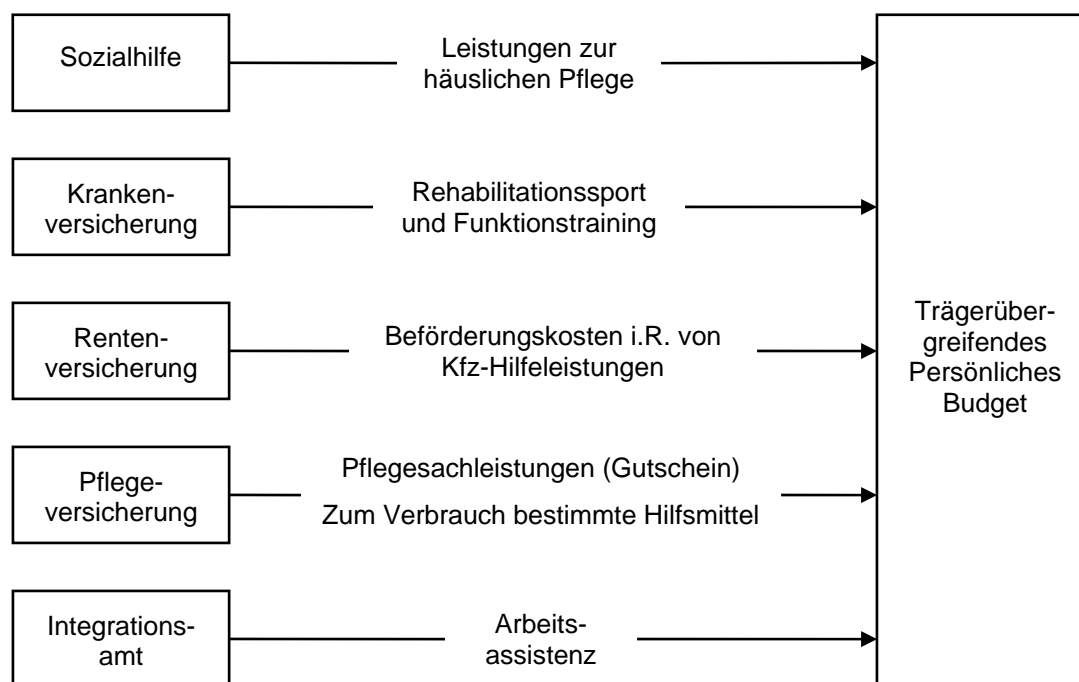


Abbildung 23: Beispiel für eine Komplexleistung mit sechs Leistungen von fünf Leistungsträgern

Tabelle 19 zeigt detailliert alle Leistungskombinationen, geordnet nach den beteiligten Leistungsträgern, auf.

Trägerübergreifende Persönliche Budgets	in den Modellregionen	außerhalb der Modellregionen
1. Sozialhilfe und Pflegeversicherung		
Leistungen zur häuslichen Pflege (Sozialhilfe) Pflegegeld (Pflegeversicherung)	6	–
Leistungen zur häuslichen Pflege (Sozialhilfe) Pflege(sach)leistung (Pflegeversicherung)	4	4
Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Sozialhilfe) Leistungen zur häuslichen Pflege (Sozialhilfe) Pflegegeld (Pflegeversicherung)	3	1
Ambulante Eingliederungshilfen im häuslichen Bereich (Sozialhilfe) Leistungen zur häuslichen Pflege (Sozialhilfe) Pflege(sach)leistung (Pflegeversicherung)	2	–
Leistungen zur Mobilität (Sozialhilfe) Leistungen zur häuslichen Pflege (Sozialhilfe) Pflegegeld (Pflegeversicherung)	2	–
Ambulante Eingliederungshilfen im häuslichen Bereich (Sozialhilfe) Pflegegeld (Pflegeversicherung)	2	–
Ambulante Eingliederungshilfen im häuslichen Bereich (Sozialhilfe) Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Sozialhilfe) Pflegegeld (Pflegeversicherung)	1	–
Ambulante Eingliederungshilfen im häuslichen Bereich (Sozialhilfe) Leistungen zur häuslichen Pflege (Sozialhilfe) Pflegegeld (Pflegeversicherung)	1	–
Leistungen zur Mobilität (Sozialhilfe) Pflegegeld (Pflegeversicherung)	1	–
Ambulante Eingliederungshilfen im häuslichen Bereich (Sozialhilfe) Pflege(sach)leistung als Gutschein (Pflegeversicherung)	1	–
Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Sozialhilfe) Leistungen zur häuslichen Pflege (Sozialhilfe) Pflege(sach)leistung (Pflegeversicherung)	1	–
Leistungen zur Mobilität (Sozialhilfe) Leistungen zur häuslichen Pflege (Sozialhilfe) Pflege(sach)leistung (Pflegeversicherung)	1	–
Ambulante Eingliederungshilfen im häuslichen Bereich (Sozialhilfe) Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Sozialhilfe) Familienunterstützende Dienste Leistungen zur häuslichen Pflege (Sozialhilfe) Pflegeleistungsergänzung (Pflegeversicherung)	1	–

Teilhabeleistungen im vollstationären Bereich als gestalteter Übergang in eine andere Wohnform (Sozialhilfe) Pflege in vollstationärer Einrichtung (Pflegeversicherung)	1	–
Ambulante Eingliederungshilfen im häuslichen Bereich (Sozialhilfe) Hilfe zum Besuch einer Hochschule (Sozialhilfe) Leistungen zur häuslichen Pflege (Sozialhilfe) Kosten für Steuerberater und Mietbedarf (Sozialhilfe) Pflegegeld (Pflegeversicherung)	–	1
Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Sozialhilfe) Hilfe zum Besuch einer Hochschule (Sozialhilfe) Leistungen zur häuslichen Pflege (Sozialhilfe) Pflege(sach)leistung (Pflegeversicherung)	–	1
Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Sozialhilfe) Leistungen zur häuslichen Pflege (Sozialhilfe) Kombination von Geld- und Sachleistung (Pflegeversicherung)	–	1
Trägerübergreifende Budgets Sozialhilfe + Pflegeversicherung	27	8
2. Sozialhilfe und Krankenkasse		
Ambulante Eingliederungshilfen im häuslichen Bereich (Sozialhilfe) Leistungen zur häuslichen Pflege (Sozialhilfe) Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (Krankenversicherung) Fahrtkosten (Krankenversicherung)	1	–
Ambulante Eingliederungshilfen im häuslichen Bereich (Sozialhilfe) Gebärdendolmetscher (Einmalzahlung der Krankenversicherung) Ergotherapie (Einmalzahlung der Krankenversicherung)	1	–
3. Sozialhilfe und Jugendhilfe		
Eingliederungshilfe als Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung (Sozialhilfe) Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jgdl. (Jugendhilfe)	–	1
4. Sozialhilfe und Integrationsamt		
Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Sozialhilfe) Arbeitsassistenz (Integrationsamt)	1	–
Leistungen zur häuslichen Pflege (Sozialhilfe) Arbeitsassistenz (Integrationsamt)	–	1
5. Sozialhilfe und Bundesagentur für Arbeit		
Ambulante Eingliederungshilfen im häuslichen Bereich (Sozialhilfe) Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Sozialhilfe) Leistungen zur häuslichen Pflege (Sozialhilfe) Arbeitsassistenz (Bundesagentur für Arbeit)	–	1

6. Budgets mit mehr als zwei beteiligten Leistungsträgern		
Ambulante Eingliederungshilfen im häuslichen Bereich (Sozialhilfe) Leistungen zur häuslichen Pflege (Sozialhilfe) Pflegegeld (Pflegeversicherung) Arbeitsassistent (Integrationsamt)	1	–
Leistungen zur häuslichen Pflege (Sozialhilfe) Rehabilitationssport und Funktionstraining (Krankenversicherung) Beförderungskosten i.R. von Kfz-Hilfeleistungen (Rentenversicherung) Pflege(sach)leistung als Gutscheine (Pflegeversicherung) Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (Pflegeversicherung) Arbeitsassistent (Integrationsamt)	–	1
Leistungen zur Mobilität (Sozialhilfe) Leistungen zur häuslichen Pflege (Sozialhilfe) Häusliche Krankenpflege (Krankenversicherung) Pflegegeld (Pflegeversicherung)	–	1
Gesamt		
<i>Alle trägerübergreifenden Persönlichen Budgets</i>	31	13

Tabelle 19: Trägerübergreifende Budgets nach Leistungsträgern und Leistungskombinationen

Betrachtet man die „Leistungen zur Pflege“ der Pflegeversicherung, welche in insgesamt 38 der 44 trägerübergreifenden Budgets einfließen, so fällt auf, dass diese in Form von sechs verschiedenen Leistungsarten bewilligt wurden:

- als Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI): in 20 Fällen;
- als Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI): in 13 Fällen;
- als Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) in Form von Gutscheinen: in zwei Fällen;
- als Kombination von Geldleistung und Sachleistung (§ 38 SGB XI): in einem Fall;
- als Pflegeleistungsergänzung (§ 45b SGB XI): in einem Fall.
- als Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI): in einem Fall.

Anzumerken ist, dass die leistungsrechtlichen Regelungen im SGB XI („Soziale Pflegeversicherung“) im Kontext des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets eine Sonderstellung einnehmen: Gesetzlich vorgegeben ist in § 35a SGB XI, dass folgende Leistungen der Pflegeversicherung auch als Teil eines trägerübergreifenden Budgets bewilligt werden können: Pflegesachleistung, Pflegegeld bzw. Kombinationsleistung, zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, Tages- und Nachtpflege. Als Geldleistung sind jedoch nur das Pflegegeld (auch anteilig im Rahmen einer Kombinationsleistung) und die zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel möglich. Alle übrigen genannten Leistungen können lediglich in Form von Gutscheinen bewilligt werden, welche bei zugelassenen Pflegediensten und -einrichtungen einzulösen sind (vgl. Kap. 1.3.2).

Auf der vorliegenden Datenbasis ist festzustellen, dass in 15 Fällen Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) als Budgetbestandteil bewilligt wurden (siehe Punkt 2 und 3), davon aber nur in zwei Fällen explizit in Form von Gutscheinen. In den restlichen 13 Fällen ist nicht immer ersichtlich, in welcher Form die Pflegesachleistungen in das Budget transferiert wurden. Von diesen 13 Fällen wurden allein acht Budgets in Berlin durch den Sozialhilfeträger gemeinsam mit der Pflegeversicherung bewilligt: Im Berliner Verfahren werden zwar die Pflegeleistungen bei der Ermittlung des Gesamtbedarfs im Rahmen der trägerübergreifenden Bedarfsfeststellung berücksichtigt, allerdings erhalten die Leistungsberechtigten keinen Gutschein über die Pflegesachleistung (wie es gesetzlich vorgesehen ist), sondern der Pflegedienst rechnet nach Leistungserbringung direkt mit der Pflegeversicherung ab. Der dem Gesamtbedarf entsprechende Budgetbetrag wird dann um den Geldwert der Pflegesachleistung gekürzt. Allerdings ist zu konstatieren, dass diese Konstruktion für den Leistungsberechtigten keinen wesentlichen Unterschied zur Leistungserbringung im Sachleistungssystem bedeutet und die Pflegeleistung eher den Charakter einer budgetbegleitenden Sachleistung besitzt. Somit können diese Budgets streng genommen nicht als „trägerübergreifend“ bezeichnet werden.

Zusätzliche Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungsergänzung, § 45b SGB XI) und Leistungen der Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI) (siehe Punkt 5 und 6) sind bislang gesetzlich nicht für Persönliche Budgets vorgesehen. In letzterem Fall handelt es sich um einen Budgetnehmer, der in einer stationären Wohneinrichtung der Behindertenhilfe lebt, das Budget zur Vorbereitung für einen späteren Auszug nutzt und sich mit dem Geld Unterstützung durch externe Leistungserbringer (außerhalb des Wohnheims, darunter auch ambulante Pflegedienste) einkauft. Im Budget enthalten ist neben den Teilhabeleistungen durch den Sozialhilfeträger auch ein pauschaler Betrag für die pflegebedingten Aufwendungen durch die Pflegeversicherung (nach § 43a SGB XI), so dass hier von einer trägerübergreifenden Konstellation gesprochen werden kann.

Wie diese Leistungsarten als Bestandteile trägerübergreifender Persönlicher Budgets bereits nahe legen, sind nahezu drei Viertel der Bezieher/innen eines trägerübergreifenden Budgets Menschen mit Körperbehinderung (n=31). An zweiter Stelle folgen Menschen mit geistiger Behinderung (n=8); andere Behinderungsarten spielen im Kontext trägerübergreifender Budgets nur eine untergeordnete Rolle (vgl. Abbildung 24).

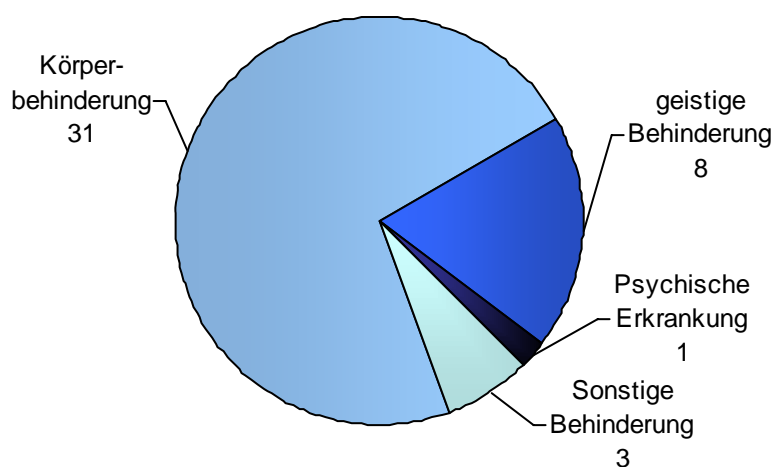


Abbildung 24: Budgetnehmer/innen mit trägerübergreifenden Budgets nach Art der Behinderung (in und außerhalb der Modellregionen; n=43)

3.5 Leistungsbezug vor dem Persönlichen Budget und budgetbegleitende (Sach-)Leistungen

Wie bereits die Betrachtung der Wohn- und Beschäftigungssituation der Budgetnehmer/innen bei Antragstellung vermuten lässt, hat die Mehrheit der Leistungsberechtigten bereits vor der Beantragung eines Persönlichen Budgets Leistungen bezogen. Dies bestätigt sich sowohl für die Modellregionen als auch für die anderen Regionen: Von insgesamt 804 Budgetnehmer/innen¹³ erhielten über drei Viertel aller Personen (n=608) bereits vor der Budgetbeantragung Leistungen; 24 % der Budgetnehmer/innen (n=196) beantragten mit dem Budget erstmals eine Leistung beim zuständigen Leistungsträger.¹⁴ Betrachtet man diejenigen Personen, welche bereits vor der Antragstellung Leistungen bezogen haben, so zeigt sich, dass rund zwei Drittel dieser Personen bisher eine Leistung erhielten, knapp ein Viertel zwei verschiedene Leistungen und ca. 12 % drei oder mehr Leistungen (vgl. Tabelle 20).

	in den Modellregionen (n=457)		außerhalb der Modellregionen (n=347)		gesamt (n=804)	
	N	%	N	%	N	%
Erstmaliges Beantragen von Leistungen	110	24 %	86	25 %	196	24 %
Vorheriger Leistungsbezug	347	76 %	261	75 %	608	76 %
Davon:						
Eine Leistung	215	62 %	182	70 %	397	65 %
Zwei Leistungen	92	27 %	48	18 %	140	23 %
Drei und mehr Leistungen	40	11 %	31	12 %	71	12 %

Tabelle 20: Leistungsbezug vor Beantragung eines Persönlichen Budgets

Die Leistungen, welche die Budgetnehmer/innen vor der Beantragung des Persönlichen Budgets erhalten haben, bestehen mehrheitlich aus Leistungen der Eingliederungshilfe. Eine Übersicht über die im Einzelnen bezogenen Leistungen gibt Tabelle 21¹⁵.

¹³ Insgesamt fehlen hierzu in 43 Fällen die Angaben im Dokumentationsformular.

¹⁴ Es ist allerdings nicht immer ersichtlich, ob die Budgetnehmer/innen vorher Leistungen von anderen Leistungsträgern erhielten.

¹⁵ Die Prozentangaben in der Tabelle beziehen sich auf die Anzahl der Fälle (n=347 bzw. n=261).

Art der Leistung	in den Modellregionen (n=347)	außerhalb der Modellregionen (n=261)
Leistungen der Sozialhilfeträger		
Sozialhilfeträger: Leistungen zur Teilhabe und Pflege		
Eingliederungshilfe – ohne nähere Angaben	79 (23 %)	50 (19 %)
Eingliederungshilfe – ambulant betreutes Wohnen	75 (22 %)	52 (20 %)
Eingliederungshilfe in stationären Einrichtungen	47 (14 %)	36 (14 %)
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in WfbM	47 (14 %)	41 (16 %)
Hilfe zur Pflege	34 (10 %)	19 (7 %)
Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung/ Frühförderung/ integrative und (Sonder-)Kindergärten	17 (5 %)	19 (7 %)
Teilstationäre Maßnahmen (Fördergruppen, Tagesstätten)	14 (4 %)	13 (5 %)
Eingliederungshilfe als Sozialpädagogische Einzelfallhilfe ¹⁶	13 (4 %)	–
Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	7 (2 %)	9 (3 %)
Hilfe zur Mobilität/ Transport/ Behindertenfahrdienste	6 (2 %)	1 (–)
Sozialhilfeträger: Unterhaltssichernde Leistungen		
Grundsicherungsleistung	42 (12 %)	20 (8 %)
Hilfe zum Lebensunterhalt	17 (5 %)	7 (3 %)
Sozialhilfeträger: Sonstige Leistungen (Einzelnennungen)		
Sonstige Leistungen	32 (9 %)	53 (20 %)
Leistungen anderer Leistungsträger		
Andere Leistungsträger: Leistungen zur Teilhabe und Pflege		
Leistungen der Pflegeversicherung – Pflegegeld/ Pflege-sachleistung, Pflegeleistungsergänzung, Verhinderungspflege, Pflege in stationären Einrichtungen	47 (14 %)	27 (10 %)
Leistungen des Jugendamts – Einzelfallhilfe bzw. Sozial-assistenz, Ferienbetreuung, Hilfe für Jugendliche/junge Erwachsene, Hilfe zur Erziehung, Hippotherapie, vollstationäres Jugendwohnen, ambulant betreutes Jugendwohnen, Hilfe zur Teilhabe	9 (3 %)	5 (2 %)
Leistungen der Agentur für Arbeit – Berufsbildungsbe-reich/ Eingangsverfahren WfbM, Außerbetriebliche Aus-bildung, Qualifizierungsmaßnahmen, Berufsvorbereitende Maßnahme, Förderlehrgänge, Arbeitsgelegenheiten, Ar-beitstraining, berufliche Rehabilitation	6 (2 %)	10 (3 %)
Leistungen des Integrationsamts – Arbeitsassistentz, Technische Arbeitshilfen, Ausbildungsvorbereitung, Stabi-lisierung Arbeitsplatz	6 (2 %)	12 (4 %)

¹⁶ In einigen Fällen handelt es sich hierbei auch um sozialpädagogische Einzelfallhilfe für Kinder und Jugendliche nach dem KJHG. In der Modellregion Berlin wird diese Leistung allerdings über das Sozialamt finanziert.

Leistungen der Krankenversicherung – Fahrtkosten, Hilfsmittel, Häusliche Krankenpflege, Krankengymnastik, Sozialtherapie, teilstationäre Tageskliniken, ergänzende Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	4 (1 %)	7 (3 %)
Leistungen der Rentenversicherung – Eingangsverfahren WfbM, Übergangsgeld	3 (1 %)	-
Andere Leistungsträger: Unterhaltssichernde Leistungen		
Leistungen der Rentenversicherung – Alters- oder EU-Rente	19 (5 %)	5 (2 %)
Leistungen der Agentur für Arbeit – Arbeitslosengeld I/ II	14 (4 %)	6 (2 %)

Tabelle 21: Art und Häufigkeit der Leistungen, die vor Beantragen eines Persönlichen Budgets bezogen wurden, in den Modellregionen (n=347) und außerhalb der Modellregionen (n=261) (Mehrfachnennungen möglich)

Budgetbegleitende (Sach-)Leistungen

Unabhängig von der Frage, ob bereits vor dem Persönlichen Budget Leistungen bezogen wurden oder nicht, lassen sich Budgetnehmer/innen identifizieren, die ergänzend zum Persönlichen Budget weitere Leistungen in Anspruch nehmen. Dies betrifft ca. 70 % aller Budgetnehmer/innen (vgl. Tabelle 22):

	in den Modellregionen (n=474)		außerhalb der Modellregionen (n=347)		Gesamt (n=821)	
	N	%	N	%	N	%
Keine weiteren Sozialleistungen	178	38 %	65	19 %	243	30 %
Weitere Sozialleistungen neben dem Budget	296	62 %	282	81 %	578	70 %

Tabelle 22: Leistungsbezug neben dem Persönlichen Budget (Dokumentation)

Unterhaltssichernde Leistungen als budgetergänzende Leistungen spielen im Verhältnis gesehen eine deutlich größere Rolle als zusätzliche Sachleistungen zur Teilhabe oder Pflege. Dennoch beziehen sich über ein Viertel aller genannten budgetbegleitenden Leistungen – soweit die genannten Leistungen zugeordnet werden konnten – auf Leistungen, die vom Grundsatz her auch als Budgetleistung gestaltet werden könnten (vgl. Tabelle 23¹⁷).

¹⁷ Die Prozentangaben in der Tabelle beziehen sich auf die Zahl der Fälle (n=296 bzw. n=282).

Leistungsart	in den Modellregionen (n=296)		außerhalb der Modellregionen (n=282)	
	N	%	N	%
Unterhaltssichernde Leistungen				
Leistungen der Sozialhilfeträger				
Grundsicherung	147	50 %	119	42 %
Hilfe zum Lebensunterhalt	35	12 %	30	11 %
Wohngeld	9	3 %	4	1 %
Leistungen der Rentenversicherung				
EU-Renten	65	22 %	76	27 %
Andere Renten (Alters-, Witwen-, Waisenrente usw.)	11	4 %	15	5 %
Leistungen der Agentur für Arbeit/ARGE				
SGB II-Leistung/ ALG II	29	10 %	23	8 %
Kindergeld	6	2 %	7	3 %
Übergangsgeld	2	1 %	-	-
Ausbildungsgeld	-	-	13	5 %
Sonstige unterhaltssichernde Leistungen				
Blindengeld/Blindenhilfe, Landesblindengeld	3	1 %	3	1 %
Sonstiges (Bekleidungsbeihilfe, Familiengeld, Kosten für Wohnung/Heizung, Unterhalt, Krankengeld usw.)	6	2 %	3	1 %
Sachleistungen zur Teilhabe oder Pflege				
Leistungen der Pflegeversicherung/ Krankenversicherung				
Pflegesachleistung, stationäre Pflege	31	10 %	48	17 %
Pflegegeld	8	3 %	1	0,4 %
Kosten für Therapien (Logopädie, Ergotherapie, Autismus-Therapie usw.)	4	1 %	-	-
Sonstiges (Häusliche Krankenhilfe, Pflegehilfsmittel, technische Hilfsmittel, Krankengymnastik, Pflegeleistungsergänzung, Verhinderungspflege)	7	2 %	1	0,4 %
Leistungen der Sozialhilfeträger				
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (WfbM)	30	10 %	25	9 %
Tagesstätten, Fördergruppen, Arbeits- und Beschäftigungstherapie	6	2 %	3	1 %
Hilfe zur Pflege	6	2 %	2	1 %
Eingliederungshilfe, Teilhabeleistungen (z.B. stationäre Kosten, ambulant betreutes Wohnen, Frühförderung, Haushaltshilfen)	8	3 %	20	7 %
Sonstige Leistungen zur Teilhabe und Pflege				
Behindertenfahrdienste, Fahrgutscheine, Fahrtkosten, Fahrkarten usw.	15	5 %	8	3 %
Eingangsverfahren/Berufsbildungsbereich WfbM/Ausbildung/Weiterbildung	3	1 %	6	2 %
Sonstiges	8	3 %	5	2 %

Tabelle 23: Ergänzende Leistungen zum Persönlichen Budget nach Art und Häufigkeit (Mehrfachnennungen möglich)

Vorheriger Leistungsbezug und in das Budget transformierte Leistungen

Auf Basis des *vorherigen Leistungsbezugs* und einem gleichzeitigen Abgleich mit den *budgetbegleitenden Leistungen* – d.h. ob die vor Beantragung eines Persönlichen Budgets bezogenen Leistungen auch weiterhin noch als (Sach-)Leistung erbracht werden oder nicht – kann im Einzelnen untersucht werden, welche der vorher bezogenen Leistungen auch tatsächlich in ein Persönliches Budget überführt wurden.

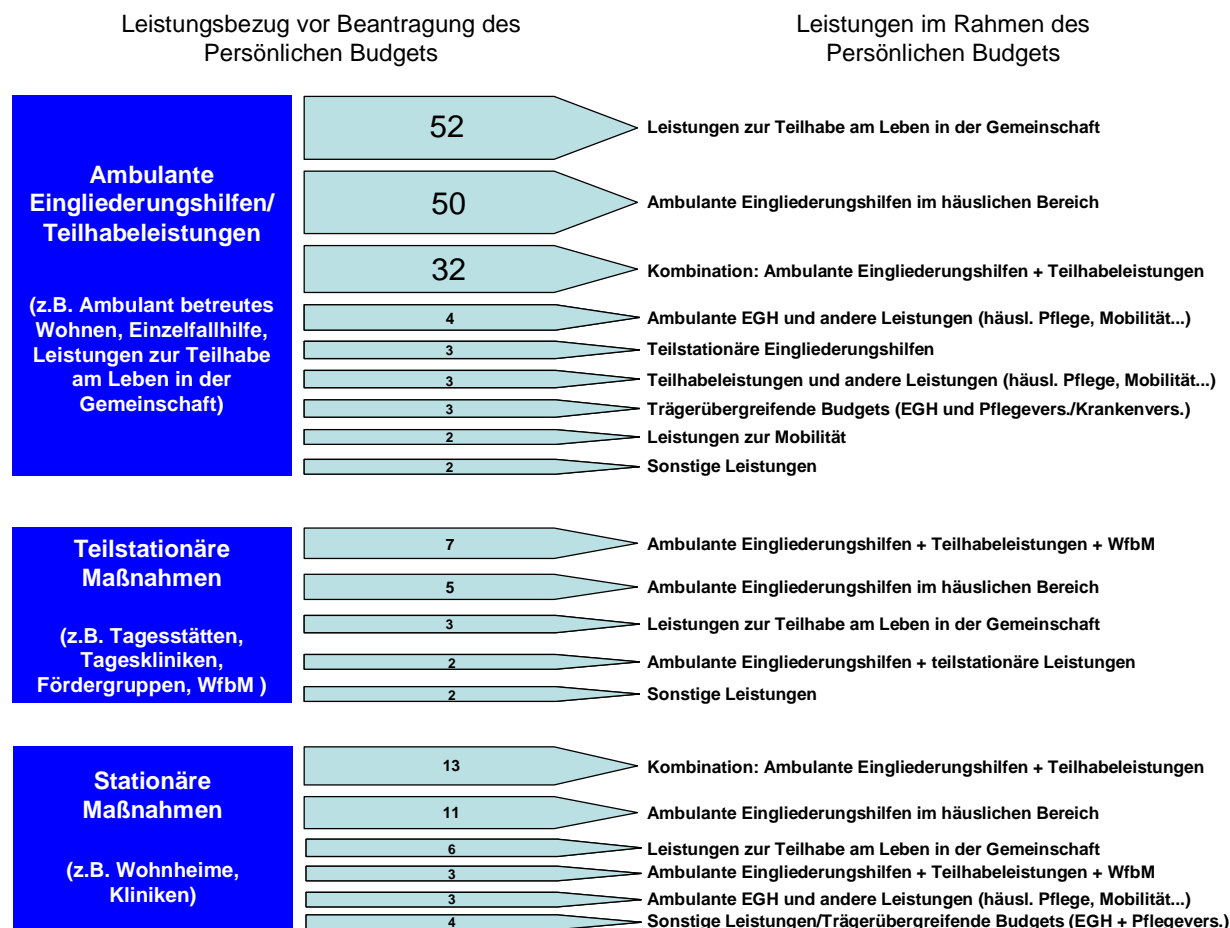


Abbildung 25: Vergleich vorheriger Leistungsbezug und transformierte Leistungen im Bereich der Sozialhilfe (Modellregionen)

Bezogen auf Leistungen der Sozialhilfe veranschaulicht Abbildung 25, dass bei vorherigem Bezug ambulanter Eingliederungshilfen diese Leistungen in der Regel auch in ein Persönliches Budget transformiert wurden, d.h. hier änderte sich nur die Leistungsform, nicht die Leistungsart. Anders bei vorher bezogenen (teil-)stationären Leistungen: Diese sind zum großen Teil nicht als solche in das Persönliche Budget überführt, sondern als Budgetbestandteile zusammen mit oder ausschließlich als Leistungen der ambulanten Eingliederungshilfe ins Budget integriert worden.

Abschließend lässt sich auf Basis der Betrachtung des vorherigen Leistungsbezugs sowie der budgetbegleitenden Leistungen feststellen, dass häufig eine Reihe von Leistungsarten nicht in ein Persönliches Budget eingehen, obwohl diese im rechtlichen Sinne budgetfähig sind. Dies trifft insbesondere auf folgende Leistungsarten zu:

- Leistungen der Sozialhilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben (Arbeitsbereich einer WfbM),
- Leistungen der Sozialhilfe im teilstationären Bereich/ Tagesstrukturierung (Tagesstätten, Fördergruppen, Arbeits- und Beschäftigungstherapien usw.),
- Leistungen der Pflegeversicherung (Pflegegeld/ Pflegesachleistung, Hilfsmittel usw.),
- Leistungen der Agentur für Arbeit (Berufsbildungsbereich, Maßnahmekosten, Hilfsmittel, Fahrtkosten usw.),
- Leistungen der Krankenversicherung (häusliche Krankenpflege, Hilfsmittel, Soziotherapie),
- Leistungen der Rentenversicherung (Eingangsverfahren in einer WfbM, Übergangsgeld, Hilfsmittel usw.)

3.6 Höhe der Persönlichen Budgets

In den Modellregionen liegt die durchschnittliche monatliche Budgethöhe bei ca. 1.041 Euro. Der Median liegt mit 557 Euro deutlich darunter, was bereits auf eine erhebliche Streuung hinweist: Die monatlichen Beträge erstrecken sich von 36 Euro bis hin zu 13.275 Euro.¹⁸

In den Regionen außerhalb der Modellprojekte ergibt sich ein ähnliches Bild: Hier beträgt der monatliche Durchschnitt ca. 860 Euro, der Median liegt bei 529 Euro. Die Spannweite der Budgethöhen reicht von 50 Euro bis 12.150 Euro (vgl. Tabelle 24).

	in den Modellregionen (n=487)	außerhalb der Mo- dellregionen (n=350)	Gesamt (n=837)
Arithmetisches Mittel	1.041	860	965
Median	557	529	548
Standardabweichung	1.813	1.392	1.652
Minimum	36	50	36
Maximum	13.275	12.150	13.275

Tabelle 24: Höhe der monatlichen Budgets: Arithmetisches Mittel, Median, Standardabweichung, Minimum und Maximum (in €; n=837)

Die Verteilung der jeweiligen Budgethöhen ist in Abbildung 26 veranschaulicht. Trotz der insgesamt hohen Varianz der Budgethöhen ist erkennbar, dass über die Hälfte der bewilligten Budgets (sowohl in den als auch außerhalb der Modellregionen) unter 600 Euro/Monat und über drei Viertel der Budgets unter 1.000 Euro/Monat betragen. Höhere Budgetsummen (über 1.000 Euro/Monat) sind hingegen seltener.

¹⁸ In dieser Berechnung sind Budgets in Form von Einmalzahlungen nicht berücksichtigt (s. unten).

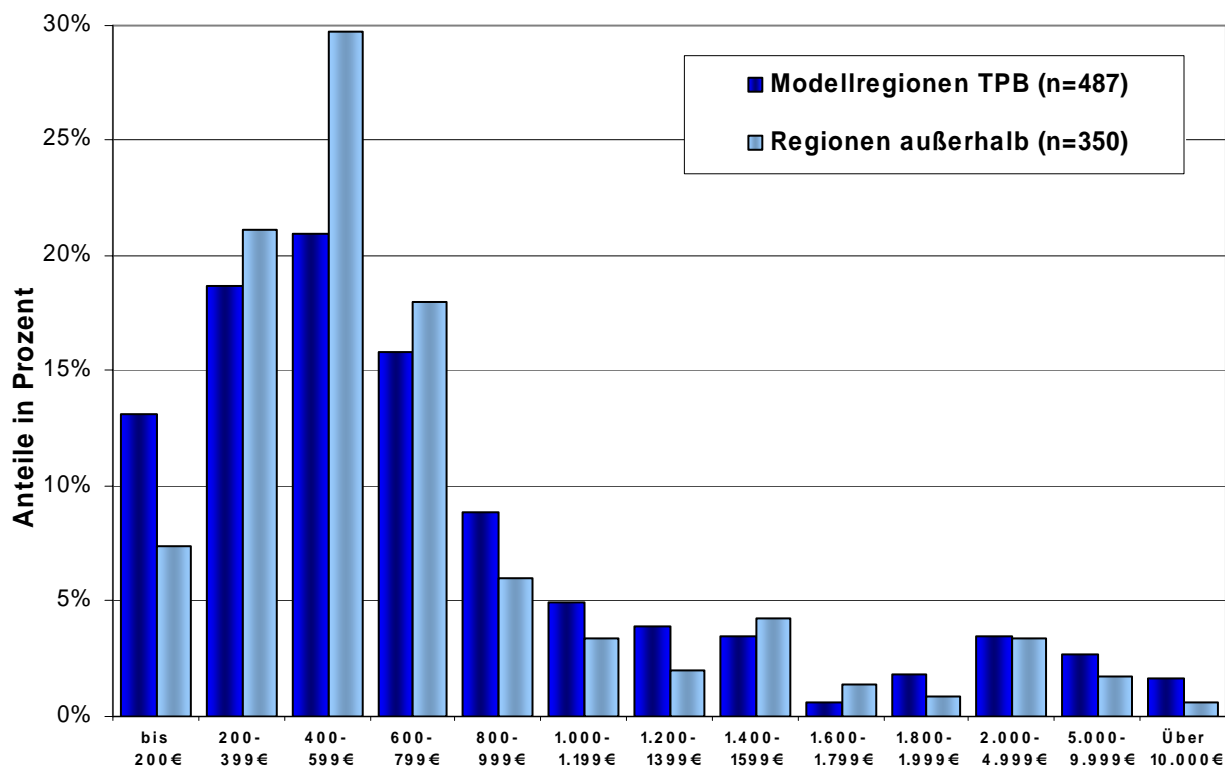


Abbildung 26: Verteilung der Budgethöhen in Klassen in und außerhalb der Modellregionen (in %)

Veränderungen der Budgethöhen während des Budgetbezugs

Bezogen auf die Modellregionen wurden in insgesamt 47 Fällen (bzw. 10 % der Budgets) Veränderungen der Budgethöhen während der Laufzeit der Budgets dokumentiert. Eine Neubemessung wurde dabei zumeist im Zuge einer Weiterbewilligung vorgenommen, in einigen Fällen aber bereits auch während der anfänglichen Laufzeit des Budgets.

Veränderungen der Budgethöhen sind vor allem in den Modellregionen Thüringen, Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen (Bielefeld) und Bayern (Mittelfranken) zu beobachten. In diesen Regionen werden die Unterstützungsbedarfe der Leistungsberechtigten – analog der Kosten der vergleichbaren Sachleistungen (z.B. in Anlehnung an Fachleistungsstunden) – individuell „exakt“ bemessen und ohne „Spielräume“ in einen Geldbetrag übersetzt. Die Zweckbindung der in den Persönlichen Budgets bereitgestellten finanziellen Ressourcen wird in diesen Modellregionen in den Zielvereinbarungen ebenfalls relativ eng definiert (siehe Kapitel 4.3.3). Ändert sich der Unterstützungsbedarf von Budgetnehmer/innen aus diesen Regionen, zieht dies notwendigerweise eine Budgetanpassung nach sich (z.B. durch eine Reduzierung der Fachleistungsstunden, die der Budgetbemessung zugrunde liegen). In Regionen hingegen, in denen die Persönlichen Budgets eher „pauschal“ bemessen werden oder die Budgets den Charakter von mehr oder weniger disponiblen Geldbeträgen besitzen (z.B. für Freizeitaktivitäten, Fahrtkosten usw.), sind hingegen eher selten Budgetanpassungen notwendig und entsprechend festzustellen (z.B. in Berlin, Hessen, Rheinland-Pfalz).

Von den 47 Fällen, in denen das Budget verändert wurde, blieb dies in 27 Fällen eine einmalige Anpassung. In 20 Fällen wurde der Betrag mehrmals angepasst. Bei 29 Budgetnehmer/innen bedeutete die Budgetanpassung eine (teils sukzessive) Reduzierung des Budgets (um einen Betrag von 15 Euro bis zu 1.000 Euro), bei 17 Budgetnehmer/innen eine Aufsto-

ckung des Budgets (um einen Betrag von 1 Euro bis zu 700 Euro). In einem Fall wurde die Budgethöhe (mehrfach) sowohl reduziert als auch aufgestockt und entsprach schließlich wieder dem ursprünglich bewilligten Betrag.

Hinweise auf die Beweggründe für die jeweiligen Veränderungen der Budgethöhen liefern sowohl Angaben der Leistungsträger (im Dokumentationsformular) als auch Ergebnisse der Wiederholungsbefragung der Budgetnehmer/innen.

Grund für Budgetanpassung	Leistungsträger (n=19)	Budgetnehmer/innen (n=30)
veränderter Unterstützungsbedarf	7	14
veränderte Leistungskalkulation	6	7
veränderte Zusammensetzung der Budgetleistungen	6	9

Tabelle 25: Gründe für die Budgetanpassung aus Sicht der Leistungsträger und der Budgetnehmer/innen

In den meisten Fällen wird als Grund für die Budgetanpassung ein veränderter Unterstützungsbedarf genannt (vgl. Tabelle 25). Hierunter sind auch Fälle zu zählen, bei denen „Budgetreste“ aufgetreten sind, d.h. die Gelder wurden innerhalb der Laufzeit des Budgets nicht komplett ausgegeben, so dass bei Weiterbewilligung eine Anpassung des Budgets erfolgte.

Des Weiteren wurden einige Anpassungen aufgrund einer veränderten Leistungskalkulation vorgenommen, z.B. weil sich die Kostensätze der Leistungserbringer geändert haben, oder weil die Leistungsträger andere Stundensätze zur Bemessung der Budgets zugrunde legen. So wurden z.B. in einigen Fällen Leistungen bei der Erstbewilligung nach Fachleistungsstunden, bei der Weiterbewilligung nach Honorarstunden (geringere Stundensätze für „Laien“ bzw. Leistungserbringer ohne formale Qualifikation) berechnet.

Einen weiteren Grund stellt die Änderung der Leistungszusammensetzung des Persönlichen Budgets dar, d.h. es wurden entweder zusätzliche Leistungen in das Budget einbezogen oder einzelne Budgetleistungen sind weggefallen. Zum Teil hängt dies auch mit einer Veränderung der Lebenssituation der Budgetnehmer/innen zusammen, z.B. dem Auszug aus einem Wohnheim oder der Herkunftsfamilie mit der Folge, dass ein anderes Leistungsarrangement notwendig wurde.

Zusammenhang zwischen Budgethöhe, bewilligten Leistungen und Behinderungsart der Budgetnehmer/innen

Die Höhe der Persönlichen Budgets hängt erwartungsgemäß mit der Anzahl der bewilligten Budgetleistungen zusammen: Je mehr Leistungen in das Budget einfließen, desto höher ist das durchschnittliche Budget (vgl. Tabelle 26). Gleichzeitig nimmt auch die Streuung der Budgethöhen (Standardabweichung, SD) deutlich zu.

Anzahl der in das Budget eingehenden Leistungen	in den Modellregionen (n=487)		außerhalb der Modellregionen (n=347)		Gesamt (n=834)	
	Ø	SD	Ø	SD	Ø	SD
Eine Leistung	636	743	640	824	637	778
Zwei Leistungen	1.731	2.711	1.131	1.567	1.449	2.262
Drei und mehr Leistungen	2.252	2.963	1.884	3.165	1.719	2.739
Einfachzuständigkeit	698	716	678	742	690	727
Trägerübergreifend	6.072	4.189	5.649	3.908	5.947	4.067

Tabelle 26: Durchschnittliche monatliche Budgethöhe nach Anzahl der bewilligten Leistungen bzw. Budgets in Einfachzuständigkeit/ trägerübergreifend (in €; n=834)

Ebenfalls große Unterschiede in den Budgethöhen lassen sich feststellen, wenn man Budgets in Einfachzuständigkeit mit trägerübergreifenden Budgets vergleicht (vgl. Tabelle 26), insbesondere dann, wenn man die Anzahl der jeweils einfließenden Leistungen statistisch kontrolliert (vgl. Tabelle 27).

Anzahl der in das Budget eingehenden Leistungen	Einfachzuständigkeit		Trägerübergreifend		Gesamt	
	N	Budgethöhe in €	N	Budgethöhe in €	N	Budgethöhe in €
Zwei Leistungen	176	825	22	6.440	198	1.449
Drei Leistungen	75	704	14	5.028	89	1.384
Vier Leistungen	8	1.015	5	6.383	13	3.080

Tabelle 27: Durchschnittliche monatliche Budgethöhe nach Anzahl der bewilligten Leistungen und Einfachzuständigkeit/ trägerübergreifend (in €)

Interessanterweise lässt der Einfluss der Variable „Leistungsanzahl“ nach, wenn man die Budgets nach Einfachzuständigkeit vs. trägerübergreifend unterscheidet (spaltenweise Betrachtung der Tabelle 27): So sind Budgets in Einfachzuständigkeit mit zwei Leistungen (825 Euro) sogar durchschnittlich höher bemessen als Budgets in Einfachzuständigkeit mit drei Leistungen (704 Euro). Gleiches gilt für trägerübergreifende Budgets (6.440 Euro bei einer Leistung, 5.028 Euro bei zwei Leistungen).

Hingegen sind trägerübergreifende Budgets um ein Vielfaches höher bemessen als Budgets in Einfachzuständigkeit – unabhängig von der Anzahl der einfließenden Leistungen (zeilenweise Betrachtung der Tabelle 27). So beträgt das durchschnittliche Budget in Einfachzuständigkeit mit zwei Leistungen 825 Euro. Dies entspricht etwa einem Achtel des entsprechenden trägerübergreifenden Budgets mit zwei Leistungen, das durchschnittlich mit 6.440 Euro ausgestattet ist.

Diese Beobachtung lässt sich mit der Art der einbezogenen Leistungen erklären: In trägerübergreifenden Budgets sind zu einem höheren Anteil Leistungen der Pflege (der Pflegeversicherung und/oder der Sozialhilfe) enthalten als in Budgets in Einfachzuständigkeit und diese sind in der Regel mit einem höheren finanziellen Aufwand verbunden. Wie Tabelle 28 ersichtlich macht, erzeugen Leistungen zur häuslichen Pflege mit Abstand die höchsten (Teil-)Budgets: sowohl als Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe (mit durchschnittlich 3.314 Eu-

ro/Monat) als auch als Sachleistung der Pflegeversicherung (mit durchschnittlich 1.401 Euro/Monat). Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (354 Euro/Monat) und Leistungen zur Mobilität (307 Euro/Monat) als Bestandteil Persönlicher Budgets sind durchschnittlich am geringsten bemessen.

Art der (Teil-)Leistung	Leistungs-träger	Ø	Min	Max	SD
Leistungen zur häuslichen Pflege/ Hilfe zur Pflege (n=64)	SH	3.314	24	12.610	3.577
Pflegesachleistung (n=13)	PV	1.401	921	1.918	229
Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung („Schulassistent“) (n=17)	SH	811	108	1.460	436
Arbeitsassistenz (n=16)	IA, BA	732	70	1.410	385
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (WfbM) (n=22)	SH	589	95	1.400	411
Pflegegeld (n=20)	PV	537	137	1.432	289
Ambulante Eingliederungshilfen im häuslichen Bereich (n=479)	SH	525	25	4.360	424
Teilstationäre Eingliederungshilfen (Förder- und Betreuungsgruppen) (n=15)	SH	474	128	886	223
Unterstützung von Familien (n=10)	SH	396	222	770	198
Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (n=339)	SH	354	7	1.305	263
Leistungen zur Mobilität (n=89)	SH	307	5	6.264	785

Tabelle 28: Budgets nach (Teil-)Leistungen: Arithmetisches Mittel, Minimum, Maximum, Standardabweichung (in €)¹⁹

Tabelle 29 zeigt, dass im Vergleich der drei häufigsten Behinderungsarten Budgetnehmer/innen mit Körperbehinderung (mit knapp 2.000 Euro) gegenüber Personen mit geistiger Behinderung (771 Euro) oder psychischer Erkrankung (600 Euro) überdurchschnittlich hohe Budgets erhalten. Dies ist sicherlich darauf zurückzuführen, dass Menschen mit Körperbehinderung häufiger auf Pflegeleistungen angewiesen sind als Menschen mit geistiger Behinderung bzw. psychischer Erkrankung.

Behinderungsart	Gesamt (n=778)	
	Ø	SD
Körperbehinderung (n=159)	1.995	3.208
Geistige Behinderung (n=265)	771	758
Psychische Erkrankung (n=354)	600	428

Tabelle 29: Monatliche Budgethöhe nach Behinderungsart der Budgetnehmer/innen: Mittelwert und Standardabweichung (in €; n=778)

¹⁹ Es sind nur Leistungen mit einer Fallzahl von mindestens n=10 aufgeführt.

	Körper- behinderung		Geistige Behinderung		Psychische Erkrankung		Gesamt	
	N	Budgethöhe in €	N	Budgethöhe in €	N	Budgethöhe in €	N	Budgethöhe in €
Einfach- zuständigkeit	128	718	254	722	353	595	798	689
Träger- übergreifend	31	7.269	8	2.476	1	2.211	13	6.026

Tabelle 30: Durchschnittliche monatliche Budgethöhe nach Einfachzuständigkeit/ trägerübergreifend und Behinderungsart

Bei Budgets in Einfachzuständigkeit zeigt sich im Vergleich der Behinderungsarten kaum ein Unterschied hinsichtlich der Budgethöhe (Mittelwerte zwischen 595 Euro und 722 Euro). Wenn jedoch die Budgets trägerübergreifend ausgestaltet sind, stechen Budgets von Menschen mit Körperbehinderung (durchschnittlich 7.269 Euro) im Vergleich zu denen von Menschen mit geistiger Behinderung (2.476 Euro) und Menschen mit psychischer Erkrankung (2.211 Euro) deutlich heraus. Auch hier wird der Einfluss der Leistungsarten auf die Budgethöhe ersichtlich: Menschen mit Körperbehinderung haben im Durchschnitt deshalb höhere Budgets, weil ihre Budgets häufiger trägerübergreifend ausgestaltet sind und darin zu einem Großteil Leistungen der Pflege enthalten sind, die in der Regel mit einem hohen Kostenaufwand verbunden sind.

Angemerkt werden muss abschließend, dass allein die Höhe des Budgets keine direkten Rückschlüsse auf den gesamten Unterstützungsbedarf eines Budgetnehmers erlaubt, da vielfach nur einzelne Bereiche des Gesamtbedarfs über ein Persönliches Budget abgedeckt werden. Über das Budget hinaus beziehen viele Budgetnehmer/innen Sachleistungen. Dies betrifft insbesondere Menschen mit umfassenden Unterstützungsbedarfen, die ihre Pflege bzw. einen Teil der Pflege über Sachleistungen der Pflegeversicherung organisieren.

Einmalzahlungen

In den bislang dargestellten Berechnungen nicht einbezogen wurden (Teil-)Budgets in Form von Einmalzahlungen. Dabei handelt es sich entweder um Budgets, die ausschließlich als Einmalzahlung zur Verfügung gestellt werden, oder um Bestandteile von Budgets, die neben laufenden Budgetleistungen mit monatlichen Auszahlungen einmalig ausbezahlt werden. Sowohl innerhalb als auch außerhalb der Modellregionen wurden solche Einmalzahlungen bewilligt, z.B. als Kostenerstattung für befristete Maßnahmen, für Hilfsmittel oder als einmalig anfallende Unterstützungsleistung. In Tabelle 31 sind Beispiele dieser Einmalzahlungen aufgeführt.

Einmalzahlungen in den Modellregionen	
Einmalzahlungen	
Rentenversicherungsträger	27.000 € für technische Arbeitshilfen (Anschaffungskosten technischer Geräte zur Unterstützung am Arbeitsplatz)
Agentur für Arbeit	450 € für eine Prüfungsabnahme (Industrie- und Handelskammer) 4.216 € für eine Qualifizierungsmaßnahme (3 Monate)
Monatliches Budget + Einmalzahlungen	
Sozialhilfe + Krankenversicherung	Monatliches Budget: 416 € mtl. für ambulante Eingliederungshilfen Einmalig: 609,69 € für 10 Stunden Ergotherapie + Gebärdensprachdolmetscher
Agentur für Arbeit	Monatliches Budget: 200 € mtl. für Fahrtkosten + 950 € mtl. für begleitende und unterstützende Hilfen während der Umschulung (über 24 Monate) Einmalig: 200 € für Lernmittel + 800 € für Arbeitskleidung + 1.100 € für überbetriebliche Unterweisung und Prüfungsabnahme + 2.067,71 € für technische Arbeitshilfen
Einmalzahlungen in den Regionen außerhalb der Modellprojekte	
Einmalzahlungen	
Rentenversicherungsträger	4.125 € Leistungen zur Erhaltung/Erlangung eines Arbeitsplatzes (ohne nähere Angaben) 22.470 € für Hilfsmittel (ohne nähere Angaben)
Monatliches Budget + Einmalzahlungen	
Sozialhilfeträger	Monatliches Budget: 770 € für ambulante Eingliederungshilfen (über 6 Monate) Einmalig: 1.000 € als einmalige Pauschale (ohne nähere Angaben)
	Monatliches Budget: 214,34 € für ambulante Eingliederungshilfen + 250,06 € Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (über 24 Monate) + 570 € für Hilfe bei Einrichtung der Wohnung und intensivere Betreuung nach Heimauszug (Mehraufwand für 6 von 24 Monaten) Einmalig: 600 € als einmalige Pauschale (ohne nähere Angaben)

Tabelle 31: *Einmalzahlungen in den Modellregionen und den Regionen außerhalb der Modellprojekte*

3.7 Charakteristika nicht-realisierten und eingestellter Budgets

Abgelehnte und zurückgezogene Anträge

Über die Dokumentation der Budgetbewilligungen hinaus wurden die Modellregionen gebeten, alle Anträge zu registrieren – unabhängig davon, ob schließlich ein Persönliches Budget zustande gekommen ist oder nicht. Zwar kann nicht mit Sicherheit rekonstruiert werden, ob

alle Anfragen von den Leistungsträgern erfasst und der wissenschaftlichen Begleitung mitgeteilt wurden (so haben z.B. einzelne Modellregionen ausschließlich Budgetbewilligungen dokumentiert). Dennoch geben die vorliegenden Dokumentationen nicht-realisierten Budgets Aufschluss darüber, warum in diesen Fällen kein Persönliches Budget zustande kam.

Von den Modellregionen, die auch nicht-realisierte Anträge dokumentiert haben²¹, ist es bei einer Gesamtzahl von 420 dokumentierten Budgetanträgen in 100 Fällen nicht zu einem Persönlichen Budget gekommen (Antrag abgelehnt bzw. vom Antragsteller zurückgezogen). Damit ergibt sich eine „Realisierungsquote“ (Verhältnis der realisierten Budgets zu den nicht-realisierten Budgets) von ca. 76 %. Diese Quote ist in den einzelnen Modellregionen allerdings nicht einheitlich, die Spannweite reicht von 46 % bis 96 % (vgl. Abbildung 28). Aufgrund der teils erheblichen Differenzen in den Grundgesamtheiten und der unterschiedlichen Dokumentationshandhabung in den Modellregionen ist die Realisierungsquote allerdings nur eingeschränkt interpretierbar.

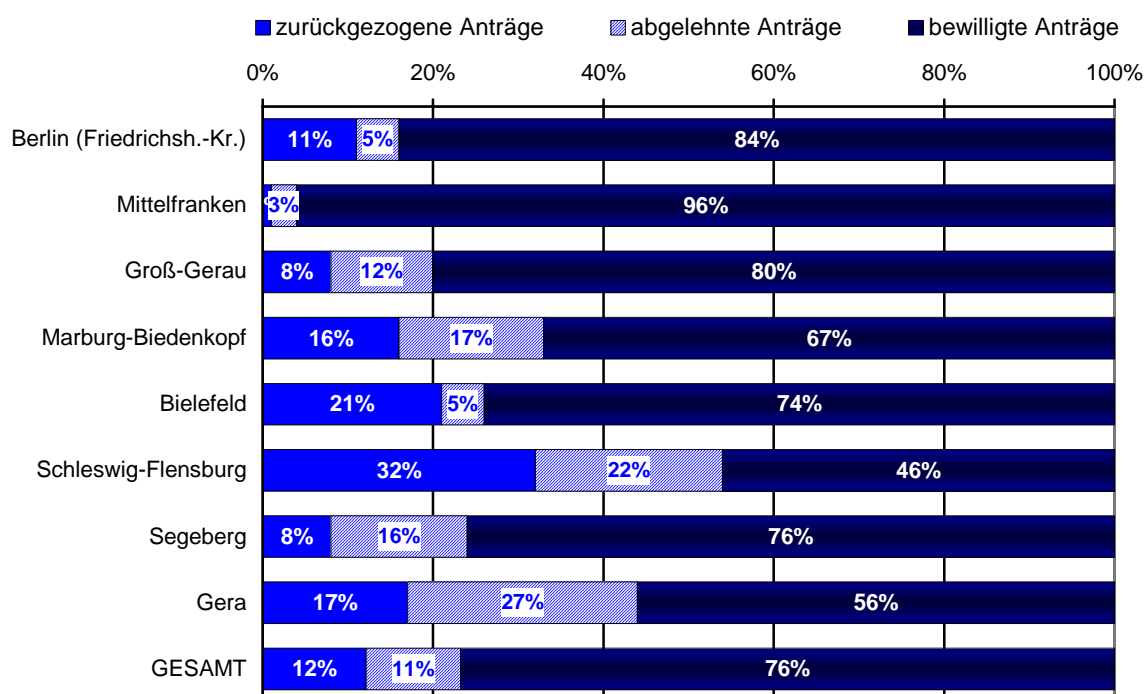


Abbildung 28: Bewilligte, abgelehnte und zurückgezogene Anträge nach Modellregionen (n=420)

Unter den Fällen, in denen es nicht zu einem Persönlichen Budget gekommen ist (n=100), sind etwa zu gleichen Teilen zurückgezogene Anträge (n=52) sowie Ablehnungen durch die Leistungsträger (n=48) zu finden.

²¹ Ausgenommen bleiben hier die Modellregionen München/ Oberbayern, Düsseldorf, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt sowie noch unentschiedene Anträge.

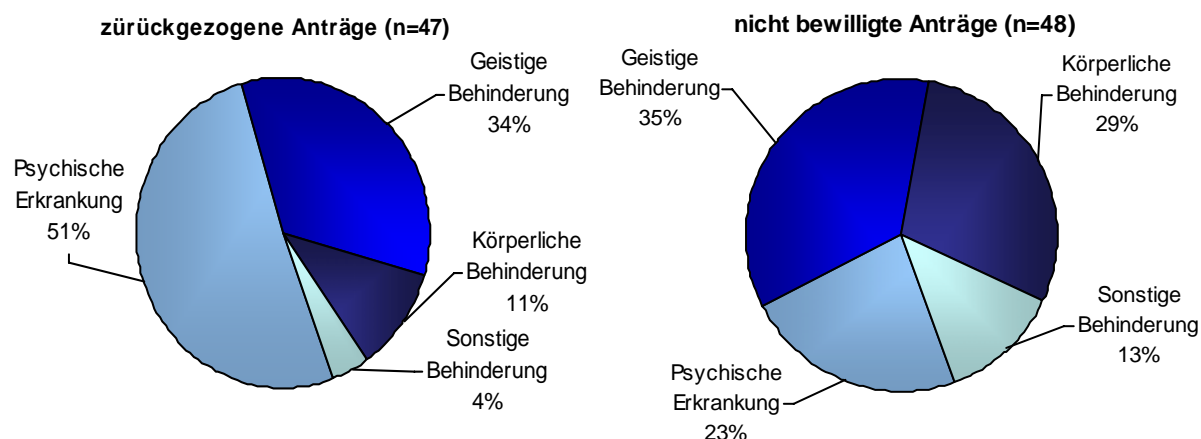


Abbildung 29: Zurückgezogene und abgelehnte Anträge nach Behinderungsart der Antragsteller/innen

Die Mehrheit der zurückgezogenen Anträge stammen von Menschen mit psychischer Erkrankung (51 % aller zurückgezogenen Anträge), 34 % von Menschen mit geistiger Behinderung und 11 % von Menschen mit Körperbehinderung (vgl. Abbildung 29, links).

Bei den nicht bewilligten Anträgen ist eine ausgeglichenerere Verteilung zu beobachten: Nicht bewilligte Anträge betreffen zu 35 % Menschen mit geistiger Behinderung, zu 29 % Menschen mit Körperbehinderung und zu 23 % Menschen mit psychischer Erkrankung (vgl. Abbildung 29, rechts).

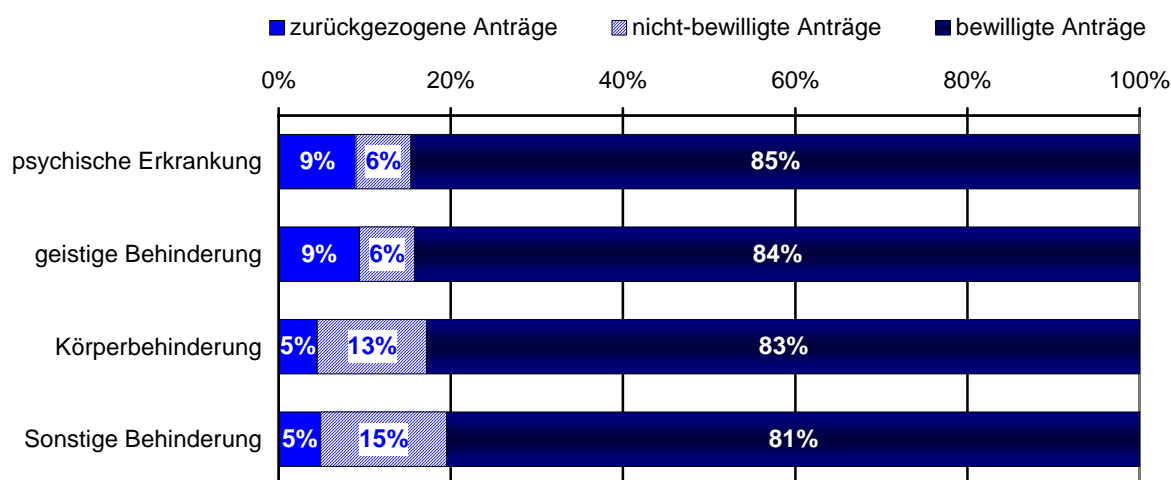


Abbildung 30: Bewilligte, abgelehnte und zurückgezogene Anträge nach Behinderungsart der Antragsteller/innen (n=589)

Betrachtet man die Entscheidung der Leistungsträger hinsichtlich eines Antrags (Bewilligung oder Ablehnung) vor dem Hintergrund der Behinderungsart, wird ersichtlich, dass sich kaum Unterschiede hinsichtlich der Bewilligungsquote festmachen lassen, sie beträgt bei allen Behinderungsarten jeweils über 80 % (vgl. Abbildung 30). Auffällig ist lediglich, dass Anträge von Menschen mit Körperbehinderung (13 %) und von Menschen mit sonstiger Behinderung (15 %) häufiger abgelehnt wurden als Anträge von Menschen mit psychischer Erkrankung und Menschen mit geistiger Behinderung (jeweils 6 %). Letztere Personengruppen ziehen ihre Anträge im Vergleich aber etwas häufiger selbst wieder zurück (ca. 9 %).

Unabhängig von der Behinderungsart der Antragsteller/innen liegen die Hauptgründe, den Antrag auf ein Persönliches Budget wieder zurückzuziehen, insbesondere in Veränderungen der Lebenssituation (z.B. Heimaufnahme, Umzug an einen anderen Wohnort, akuter Rückfall in eine Erkrankung), in fehlendem Interesse, Angst vor Überforderung bzw. Bedenken wegen des möglicherweise höheren Verwaltungsaufwands oder „falschen“ Vorstellungen vom Persönlichen Budget begründet. In einzelnen Fällen haben die Leistungsberechtigten ihren Antrag aufgrund des Anratens anderer Personen (gesetzliche Betreuer/innen und Mitarbeiter/innen von Einrichtungen) zurückgezogen. Darüber hinaus nahmen zwei Antragsteller/innen ihren Antrag auf ein Persönliches Budget zurück, weil sie nicht mit einer Einkommens- und Vermögensprüfung einverstanden waren bzw. einen Eigenbetrag hätten leisten müssen. In einem Fall konnte kein geeigneter Anbieter gefunden werden, der die gewünschte Leistung im Rahmen des Persönlichen Budgets erbracht hätte.

Leistungsträger lehnen Anträge auf ein Persönliches Budget häufig dann ab, wenn sie die Leistungsgewährung in Form einer Sachleistung vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Lebenssituation der Antragsteller/innen als angemessener oder passgenauer beurteilen bzw. die beantragte Leistung als „nicht budgetfähig“ erachten. Des Weiteren werden fehlende Rechtsansprüche (mit Verweis auf andere Leistungsträger), mangelnder Bedarf, übersteigendes Vermögen (Sozialhilfe) sowie fehlende Kooperation von Leistungsberechtigten im Antragsverfahren als Gründe angeführt.

Ausgelaufene und abgebrochene Leistungsbewilligung über ein Persönliches Budget

Bezogen auf den Projektzeitraum lassen sich einige Persönliche Budgets identifizieren, die inzwischen ausgelaufen sind oder abgebrochen wurden, d.h. diese Budgets wurden nach Ablauf des in der Zielvereinbarung festgelegten Vertragszeitraums nicht mehr weiter beantragt oder nicht mehr weiterbewilligt bzw. vom Budgetnehmer oder dem Leistungsträger vorzeitig eingestellt. Informationen über ausgelaufene oder eingestellte Budgets liegen in 40 Fällen vor. Abbildung 31 gibt eine Übersicht über die jeweils angegebenen Gründe.

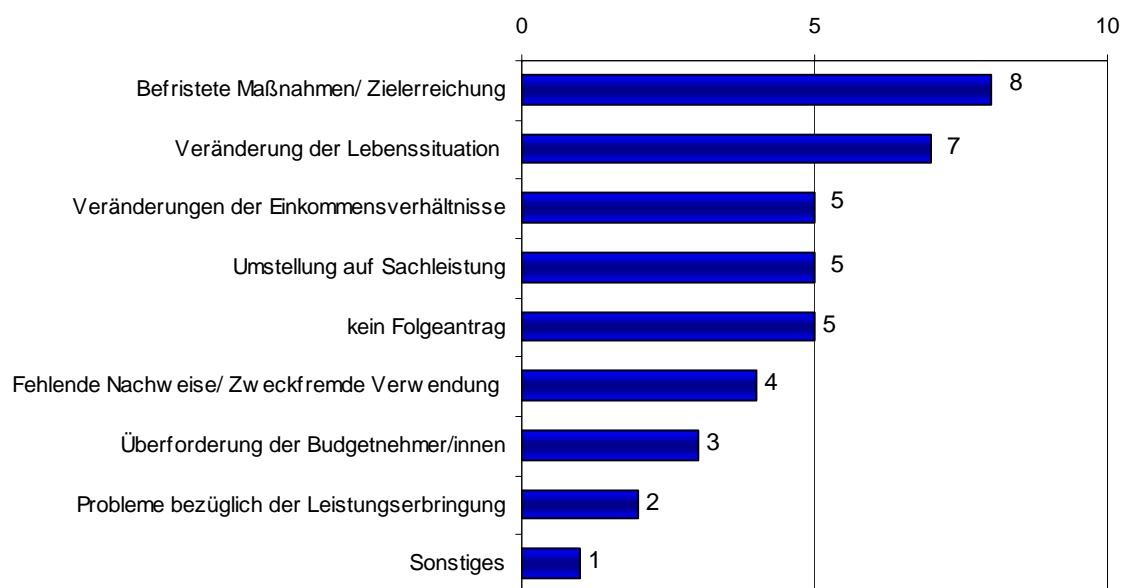


Abbildung 31: Gründe für ausgelaufene/ eingestellte Budgets (n=40)

In den meisten Fällen ($n=8$) liegt der Grund für das Auslaufen des Persönlichen Budgets darin, dass es sich von vornherein um eine befristete Maßnahme bzw. Einmalzahlung handelte (z.B. Sprachkurs, Umschulungsmaßnahme) oder die mit dem Persönlichen Budget gesetzten Ziele erreicht worden sind und die Budgetnehmer/innen keine weitere Hilfe mehr benötigen. Auch eine Veränderung der Lebenssituation, wie z.B. der Umzug in ein Wohnheim, ein Klinik- oder Psychiatrieaufenthalt, eine akute Erkrankung, wird häufig als Grund für die Einstellung des Persönlichen Budgets angeführt ($n=7$). Des Weiteren spielen die Veränderung der Einkommensverhältnisse (mit der Folge eines wegfallenden Anspruchs auf Sozialhilfeleistungen) eine Rolle ($n=5$) sowie die Umstellung auf eine Sachleistung ($n=5$) bzw. ein fehlender Folgeantrag der Budgetnehmer/innen (bei den beiden letzteren Kategorien ohne weitere Angabe von Gründen) ($n=5$).

Schließlich sind noch Fälle festzustellen, in denen das Budget explizit aufgrund von entstandenen Problemen bei der Budgetverwendung oder der Geldverwaltung beendet wurden: So wurde das Persönliche Budget bei vier Personen wegen einer Verletzung der Nachweispflicht bzw. zweckfremder Verwendung vom Leistungsträger gekündigt (bzw. nicht verlängert). Drei Leistungsberechtigte haben das Budget beendet, da sie sich z.B. mit der Geldverwaltung überfordert fühlten. In zwei Fällen kam es zu Problemen bei der Leistungserbringung über ein Persönliches Budget: Ein Budgetnehmer hatte eine andere Vorstellung über die Art und Weise der Unterstützung als die gesetzliche Betreuung, ein anderer verweigerte die Angebote der Assistenten (vgl. Kapitel 7).

3.8 Diskussion und Fazit

Insgesamt stehen der wissenschaftlichen Begleitung der Modellprojekte „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“ knapp 850 bewilligte und dokumentierte Budgets zur Analyse zur Verfügung. Davon sind ca. 500 Budgets in den Modellregionen und ca. 350 Budgets in Regionen außerhalb der Modellprojekte bewilligt worden. Einerseits muss konstatiert werden, dass das Ziel, innerhalb eines Jahres (bis Oktober 2005) pro Modellregion mindestens 50 Budgets zu realisieren, nicht erreicht wurde. Andererseits sind im Projektverlauf eine deutliche Steigerung der Budgetnehmerzahlen und auch eine an Dynamik gewinnende Entwicklung zu erkennen. Daher kann begründet davon ausgegangen werden, dass mit längerer Umsetzungserfahrung und steigendem Bekanntheitsgrad des Persönlichen Budgets auch seine Inanspruchnahme insgesamt zunehmen wird. Ähnliche Erfahrungen wurden in allen Vorläuferprojekten zum Persönlichen Budget in Deutschland gemacht – trotz unterschiedlicher Modellzuschnitte, regionaler Voraussetzungen und Vorgehensweisen der Umsetzung (vgl. Kap. 1.4.1). Auch im Ausland (z.B. in den Niederlanden) sind gleichartige Entwicklungen beobachtbar (vgl. WACKER, WANSING, SCHÄFERS 2005). Insofern liegt der maßgebliche Faktor für die anfängliche Zurückhaltung vermutlich vor allem darin, dass (soziale) Innovationen immer mit einem erheblichen Bedarf an Information und Neuorientierung einhergehen und dies eine gewisse Anpassungs- und Umstellungszeit erforderlich macht.

Positiv zu bewerten ist, dass zum Ende der Modellerprobung in sämtlichen Modellregionen (und darüber hinaus) Budgetbewilligungen festzustellen sind, wenngleich sich im regionalen Vergleich eine deutliche Varianz der Budgetnehmerzahlen (von 12 bis 97 Budgets je Region) zeigt. Gründe hierfür lassen sich nur schwer festmachen. Die Hypothese, dass der Ausdifferenzierungsgrad der (ambulanten) Angebotsstruktur in einer Region entscheidend für die unterschiedliche Anzahl an Budgetnehmer/innen sei, lässt sich nicht bestätigen: So finden sich

unter den Modellregionen mit einer differenzierten Angebotsstruktur sowohl Regionen, die viele Budgets umgesetzt haben (z.B. Berlin), als auch solche, die weniger Budgets umsetzen konnten (z.B. Bielefeld). Auf der anderen Seite gibt es Modellregionen mit einer weniger differenzierten (ambulanten) Angebotsstruktur, in denen allerdings besonders viele Budgets bewilligt wurden (z.B. Mittelfranken) (vgl. Kap. 6.1). Diese Unterschiede hängen vermutlich eher mit der jeweiligen „Erfahrungstiefe“ im Umgang mit Persönlichen Budgets und dem zunehmenden Bekanntheitsgrad zusammen. Außerdem hat in manchen Regionen der Aufbau der internen Projektorganisation viel Zeit in Anspruch genommen, so dass mit der konkreten Umsetzung erst mit erheblicher Zeitverzögerung begonnen werden konnte (z.B. Oberbayern/München).

Was den Personenkreis der Budgetnehmer/innen betrifft, so ist kein systematischer Ausschluss bestimmter Personengruppen nach soziodemografischen Merkmalen erkennbar. Vielmehr sind unter den Budgetnehmer/innen Menschen in unterschiedlichen Lebenslagen vertreten. Das Geschlechterverhältnis der Budgetnehmer/innen ist relativ ausgeglichen und entspricht weitgehend der in der amtlichen Schwerbehindertenstatistik abgebildeten Geschlechterrelation. Im Gegensatz zu anderen Modellerprobungen ist festzustellen, dass unter den Budgetnehmer/innen Menschen aller Altersgruppen vertreten sind (von 2 Jahren bis zu 82 Jahren). Dies ist insofern erstaunlich, als gerade Kinder und Jugendliche sowie ältere Personen mit Behinderung vor Beginn der Modellerprobung (eher) nicht als Zielgruppe für ein Persönliches Budget definiert wurden. Interesse an einem Persönlichen Budget wurde vor allem bei Menschen im jungen und mittleren Erwachsenenalter, welche vermehrt Selbstbestimmungsmöglichkeiten einfordern, vermutet. Dies deutet bereits auf die Funktionsbreite des Persönlichen Budgets und seine unterschiedliche qualitative Relevanz in den vielfältigen Lebenssituationen der Budgetnehmer/innen hin (vgl. Kap. 7).

Auch ein Ausschluss von Leistungsberechtigten nach Art und Schwere der Behinderung ist nicht zu beobachten: Die größte Gruppe der Budgetnehmer/innen bilden Menschen mit psychischer Erkrankung (42 %), gefolgt von Menschen mit geistiger Behinderung (31 %) sowie Körperbehinderung (19 %). Etwa ein Drittel dieser Personen weist eine Mehrfachbehinderung auf; 98 % sind amtlich als schwerbehindert anerkannt (davon über die Hälfte mit dem höchsten Grad der Behinderung). Einen Pflegebedarf im Sinne des SGB XI haben 28 % der Budgetnehmer/innen. Bei komplexen Bedarfslagen werden durchaus Budgets bewilligt, deren Höhe über 10.000 Euro/monatlich liegen kann.

Warum gerade Menschen mit psychischer Erkrankung das Persönliche Budget vermehrt nachfragen, hängt zum einen sicherlich mit den spezifischen mit dem Budget verknüpften subjektiven Erwartungen dieses Personenkreises zusammen (vgl. Kap. 7). Zum anderen ergibt ein Vergleich der Leistungszusammensetzung Persönlicher Budgets für Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen mit den Leistungen, die im Sachleistungssystem bewilligt werden, interessante Zusammenhänge: Im Sachleistungs- wie im Geldleistungssystem sind es vor allem Menschen mit psychischer Erkrankung (und Suchterkrankung), die Leistungen der ambulanten Eingliederungshilfe beziehen (vgl. CON_SENS o.J., 39). Menschen mit Körperbehinderung hingegen sind im Sachleistungssystem unter den Empfänger/innen ambulanter Leistungen der Eingliederungshilfe nur zu einem sehr geringen Prozentsatz (im einstelligen Bereich) vertreten (vgl. ebd.). In der Regel benötigen Menschen mit Körperbehinderung vor allem Pflegeleistungen oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die wiederum eher selten in Form von Persönlichen Budgets bewilligt wurden.

Damit sind bereits die am Budget beteiligten Leistungsträger und einbezogenen Leistungen angesprochen: Es lässt sich konstatieren, dass die überwiegende Zahl der Budgets (95 %) in Einfachzuständigkeit eines Leistungsträgers (vor allem der Sozialhilfe) konzipiert wurden. Wie bereits oben gezeigt, bestehen diese Budgets zu einem Großteil aus den Leistungsarten „ambulante Eingliederungshilfe im häuslichen Bereich“ und „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ und resultieren oftmals aus einer „Umwandlung“ der Sachleistung „ambulant betreutes Wohnen“ in ein Persönliches Budget. Andere Leistungsträger und andere Leistungsarten nehmen – quantitativ betrachtet – eine untergeordnete Stellung ein; in gewissem Umfang spielen noch Leistungen zur häuslichen Pflege (Hilfe zur Pflege, Pflegegeld, Pflegesachleistung) und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (im Arbeits- oder Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen oder als Arbeitsassistent) eine Rolle.

Trägerübergreifende Persönliche Budgets besitzen einen Anteil von 5 %. Hinsichtlich der an ihnen beteiligten Leistungsträger und einbezogenen Leistungen ergibt sich ein ähnliches Bild wie bei Budgets in Einfachzuständigkeit: Allein 35 von 44 trägerübergreifenden Persönlichen Budgets (80 %) wurden von der Sozialhilfe (als Beauftragte) gemeinsam mit der Pflegeversicherung bewilligt, insbesondere für Menschen mit Körperbehinderung (und komplexen Bedarfslagen). Einer Bewertung, ob mit diesem Anteil und diesen Konstellationen die Möglichkeiten trägerübergreifender Budgetgestaltung ausgeschöpft sind, sind Grenzen gesetzt: Da keine gesicherte Datenbasis vorliegt über die Grundgesamtheit aller Leistungsberechtigten, die Ansprüche gegenüber verschiedenen Leistungsträgern haben und damit überhaupt für ein trägerübergreifendes Budget in Frage kämen, fehlen entsprechende Referenzwerte. Auch rein rechtlich betrachtet schließen sich einige Leistungsträger- und Leistungskombinationen von vornherein aus. Auf der Grundlage der erhobenen Daten kann festgestellt werden, dass zwar 70 % der Budgetnehmer/innen weitere Sozialleistungen neben dem Budget beziehen. Diese umfassen aber überwiegend unterhaltssichernde Leistungen. Leistungen, die vom Grundsatz her auch als Budgetleistung gestaltet werden könnten, machen etwa ein Viertel dieser budgetbegleitenden (Sach-)Leistungen aus; auch dabei handelt es sich überwiegend um Pflegeleistungen nach dem SGB XI.

Vieles spricht dafür, dass folgende Leistungskonstellationen prinzipiell in größerem Umfang als bisher als trägerübergreifende Komplexleistung erbracht werden könnten:

- Leistungen der Eingliederungshilfe (Sozialhilfe) und Leistungen der Pflege (Pflegeversicherung),
- Leistungen der Eingliederungshilfe (Sozialhilfe) und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Bundesagentur für Arbeit, Integrationsamt, Rentenversicherung), eventuell zusätzlich Leistungen der Pflege (Pflegeversicherung).

Zwischen diesen Leistungen und Leistungsträgern scheinen die größten Schnittmengen zu bestehen, sowohl leistungsrrechtlich als auch realiter. Für die Pflegeleistungen der Pflegeversicherung ergeben sich jedoch erhebliche gesetzliche Einschränkungen durch die Vorgabe, Pflegesachleistungen nur in Form von Gutscheinen in ein trägerübergreifendes Persönliches Budget einfließen zu lassen (§ 35a SGB XI). Als Alternative zur Pflegesachleistung (als Gutschein) kann das Pflegegeld (als Geldleistung) bewilligt werden. Die „Gutscheinlösung“ im SGB XI steht jedoch im Widerspruch zur Grundidee trägerübergreifender Persönlicher Budgets, sie schränkt die Entscheidungs- und Handlungsfreiheit des Leistungsberechtigten ein

und erschwert die Gestaltung von „Hilfen aus einer Hand“. Das Ausweichen auf das Pflegegeld geht für den Leistungsberechtigten (insbesondere mit hohem Pflegebedarf) in der Regel mit erheblichen Nachteilen gegenüber der Sachleistung einher, ist in der Folge oftmals nicht bedarfsdeckend und führt bei den Budgetnehmer/innen nicht selten dazu, dass Sozialhilfeträger über Hilfe zur Pflege (§§ 61f. SGB XII) die entstehende Leistungslücke ausgleichen müssen.

So führen auch die im Rahmen der Modellerprobung dokumentierten trägerübergreifenden Budgets bestehend aus Leistungen der Eingliederungshilfe (Sozialhilfe) und Pflegesachleistungen (Pflegeversicherung) in der Praxis vielfach zu Hilfskonstruktionen, bei denen auf die Vergabe von Gutscheinen an Leistungsberechtigte gänzlich verzichtet wird und die Abrechnung der Pflegeleistungen direkt zwischen Leistungserbringer (Pflegedienst) und Leistungsträger (Pflegeversicherung in Abstimmung mit dem Sozialhilfeträger als Beauftragtem) erfolgt. Allein diese Lösungsversuche veranschaulichen die Widersprüchlichkeit der Regelungen im SGB IX und SGB XI und demonstrieren, dass die Vergabe von Gutscheinen für Budgetnehmer/innen in der Regel nicht attraktiv erscheint bzw. gegenüber der Sachleistung keinen Vorteil bietet. Diese Budgets können im strengen Sinn nicht als trägerübergreifend bezeichnet werden, da sie im Grunde auf keinem von den Leistungsträgern gemeinsam geführten Verwaltungsverfahren beruhen und für die Budgetnehmer/innen auch keine Komplexleistung darstellen.

Erfahrungen mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen Persönlicher Budgets liegen im Vergleich zum Bereich der wohnbezogenen Hilfen (noch) wenig vor. Dieser Befund bezieht sich sowohl auf Budgets in Einfachzuständigkeit als auch in trägerübergreifender Ausgestaltung. Dies mag u.a. der weitgehenden Dominanz stationärer Angebote der beruflichen Rehabilitation und Teilhabe geschuldet sein (vgl. SCHÄFERS, SCHÜLLER, WANSING 2005). Im letzten Jahr der Modellerprobung ist jedoch festzustellen, dass sich das Spektrum der einbezogenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ausweitete, was auch mit der im Juni 2006 veröffentlichten „Handlungsempfehlung/Geschäftsanweisung“ der Bundesagentur für Arbeit zusammenhängt (vgl. Kap. 1.3.2). So wurden inzwischen z.B. einige Budgets für berufsfördernde Maßnahmen (Berufsbildungsbereich der WfbM) bewilligt genauso wie für Reisekosten, Kfz-Hilfen oder Leistungen der Arbeitsassistenten. Da es sich bei der Arbeitsassistenten bereits um eine Geldleistung handelt, dürfte deren Überführung in ein (trägerübergreifendes) Persönliches Budgets unproblematisch sein.

Ein Kernbereich der Teilhabe am Arbeitsleben spielt gemessen an der Zahl der Leistungsempfänger/innen (und damit potentiellen Budgetnehmer/innen) noch eine vergleichsweise geringe Rolle, nämlich Hilfen zur Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen. Gleichzeitig handelt es sich dabei um einen Leistungsbereich, der im Kontext des Persönlichen Budgets umstritten ist, z.B. weil vielerorts die Sinnhaftigkeit der Umwandlung originärer Werkstatteleistungen in ein Persönliches Budget bezweifelt wird, formalrechtliche Hürden der Umsetzung gesehen werden oder eine mangelnde Differenziertheit der Angebots- und Finanzierungsstruktur der Werkstätten einem Persönlichen Budget entgegenstehen. (vgl. BAUR 2004, BAGÜS 2005, BAG:WFBM 2005). Da eine Reihe von Budgetnehmer/innen vor dem Persönlichen Budget Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in einer WfbM bezogen hat und/oder diese Leistungen neben dem Budget weiter bezieht, liegt hier zumindest prinzipiell Potenzial zur Ausweitung des budgetbezogenen Leistungsspektrums vor, vorausgesetzt, dass der Einbezug von Werkstatteleistungen von den Betroffenen gewünscht und im Kontext der spezifischen Lebenssituation (insbesondere beruflichen Situation) als sinnvoll erachtet

wird. Insofern bedarf es gerade in diesem Bereich noch besonderer Anstrengung zur Implementation Persönlicher Budgets.

In der Modellphase bewilligten einige Leistungsträger Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets, die laut Gesetz von der Bewilligung in Form von Persönlichen Budgets ausgeschlossen waren bzw. sind. Ein Einbezug dieser Leistungen in ein Persönliches Budget erschien in Einzelfällen notwendig bzw. gewinnbringend. Dies waren z.B. Leistungen der Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI), Pflegeleistungsergänzung (§ 45b SGB XI), Hilfe zum Lebensunterhalt als Sicherung der hauswirtschaftlichen Versorgung (§ 27 Abs. 3 SGB XII), Hilfe bei Krankheit in Form von Behandlungspflege (§ 48 SGB XII), Hilfe zur Weiterführung des Haushalts (§ 70 SGB XII). Diese wurden jedoch immer gemeinsam mit anderen Leistungsarten bewilligt.

In Einzelfällen wurden Budgets bewilligt, an denen mehr als zwei Leistungsträger mit Leistungen beteiligt sind (bis zu fünf Leistungsträger). Diese sehr komplexen Konstellationen führen zu individuell passgenauen Leistungsarrangements, stellen aber quantitativ betrachtet Ausnahmeerscheinungen dar.

4 Verwaltungsrelevante Fragestellungen

Das SGB IX trifft – über die einheitliche Formulierung der Aufgaben und Intentionen aller Rehabilitationsleistungen hinaus – eine Reihe von Festlegungen hinsichtlich der Gestaltung von Verwaltungsverfahren. Diese sind allgemein geprägt von den Grundsätzen

- der zügigen Antragsbearbeitung,
- der kooperativen Leistungsbewilligung und -gestaltung,
- der Partizipation der Leistungsberechtigten sowie
- einer auf den Einzelfall abgestimmten Bedarfsfeststellung.

Mit Blick auf die Ziele der Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit Behinderung wird der Versuch unternommen, Verwaltungsverfahren „kundenfreundlich“ zu gestalten; dazu zählen die Vereinfachung und Beschleunigung der Zuständigkeitsklärung, die Einführung des Begriffs der „Komplexleistung“ und eines zentralen Ansprechpartners zur Koordination der Leistungen („Gemeinsame Servicestellen“) sowie die Stärkung des Wunsch- und Wahlrechtes der Leistungsberechtigten.

Diese Regelungen betreffen alle der im SGB IX verankerten Leistungsarten und vor allem -formen, so dass sie auch für die Gestaltung Persönlicher Budgets als Leitlinien fungieren.

Die zentralen Aufgaben der Modellregionen erstrecken sich entsprechend auf Konkretisierungen dieser Vorschriften. Darunter besitzen vor allem die Klärung der Verfahrensschritte, der Fragen der Bedarfsfeststellung und der Budgetbemessung sowie der Gestaltung der Zielvereinbarung besondere Bedeutung. Diese Prozesse sollen im Folgenden unter dem Gesichtspunkt aufgegriffen werden, welche Verfahrenswege jeweils in der Praxis der Modellregionen dazu beschritten und welche Erfahrungen dabei gewonnen wurden. Grundlagen für die Ausführungen bilden die in den Modellregionen im Laufe des Projektes erarbeiteten Dokumente und Instrumente, Protokolle der regionalen Arbeitsgruppen sowie Expertengespräche, die im Zeitraum von Juni bis August 2006 mit relevanten Leistungsträgern bzw. verantwortlichen Personen der Verwaltungspraxis zum Ablauf der Kernprozesse sowie diesbezüglichen Einschätzungen geführt wurden (vgl. Kap. 2.4.3). Darüber hinaus werden statistische Daten einbezogen, die aus der Dokumentation der Budgets (vgl. Kap. 2.4.1) sowie aus weiteren Unterlagen wie z.B. Zielvereinbarungen (vgl. Kap. 2.4.6) gewonnen werden können.

4.1 Gestaltung der Verwaltungsverfahren

Verwaltungsverfahren im Kontext trägerübergreifender Persönlicher Budgets basieren auf den Regelungen des § 14 SGB IX sowie der Budgetverordnung. Schematisch lässt sich der darin vorgesehene Ablauf nach Eingang eines Antrags – differenziert nach allgemeiner Antragstellung und spezifischen Regelungen zum trägerübergreifenden Persönlichen Budget (TPB) – wie folgt abbilden (vgl. Abbildung 32):

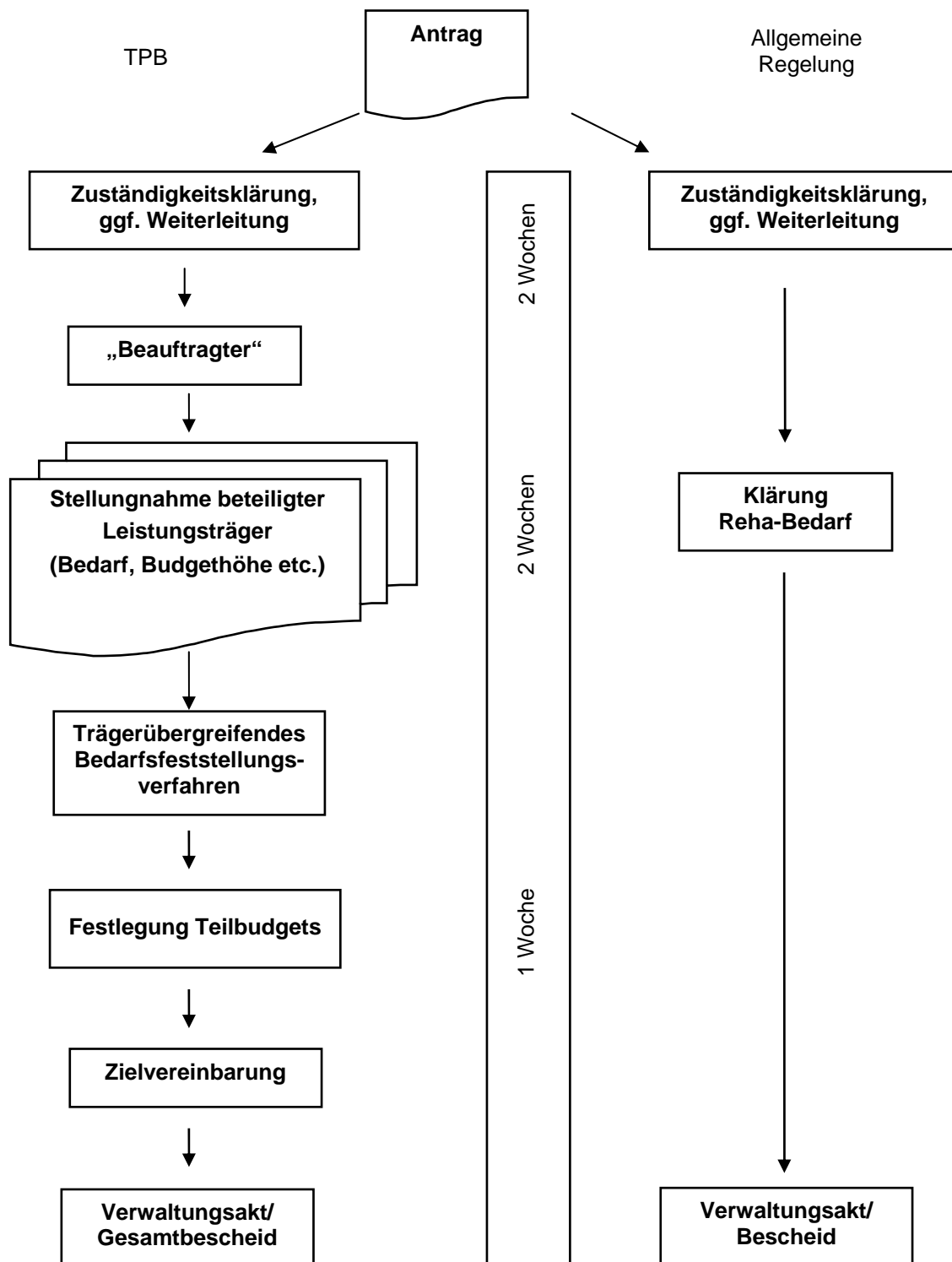


Abbildung 32: Verfahrensablauf vom Antrag auf Teilhabeleistungen bis zur Bewilligung

Die einzelnen Schritte des Verfahrensablaufs beinhalten verschiedene zentrale Anforderungen (vgl. Kap. 1.3.1):

- Nach Eingang eines Antrags prüft der angesprochene Leistungsträger seine Zuständigkeit; ist diese seiner Ansicht nach nicht gegeben, leitet er den Antrag unverzüglich an einen anderen vermutlich zuständigen Träger weiter. Für diese Klärungsphase ist ein zeitlicher Rahmen von zwei Wochen vorgegeben.

- Nach Feststellung der Zuständigkeit ist der Rehabilitations- und Teilhabebedarf des Antragstellers zu prüfen.
- Maximal drei Wochen nach Antragseingang bzw. Anerkennung der Zuständigkeit ist seitens des Leistungsträgers eine Entscheidung über den Antrag zu treffen.

Für das gesamte Bearbeitungsverfahren ist damit ein Zeitrahmen von bis zu fünf Wochen vorgesehen; muss im Rahmen der Bedarfsfeststellung ein Gutachten beauftragt werden, verlängert sich diese Zeitspanne um bis zu vier Wochen.

Da das trägerübergreifende Persönliche Budget eine alternative Leistungsform unter anderen darstellt, gilt dieser Verfahrensablauf, insbesondere auch die zeitliche Terminierung, im Wesentlichen auch für entsprechende Anträge. Gleichwohl definiert die Budgetverordnung einzelne Verfahrenselemente, die sich vom üblichen Ablauf abheben. Dazu zählen insbesondere folgende Aspekte:

- Im Kontext der Bedarfsfeststellung sind bei trägerübergreifenden Persönlichen Budgets vom beauftragten Leistungsträger Stellungnahmen der weiter zu beteiligenden Träger einzuholen, die sich auf Fragen des spezifischen Bedarfs, des finanziellen Umfangs der (Teil-)Budgets, erforderlichen Regelungen in der Zielvereinbarung sowie einem Bedarf an Beratung und Unterstützung beziehen. Dafür ist ein Zeitraum von zwei Wochen vorgesehen.
- In einem trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahren sind unter Beteiligung des/der Leistungsberechtigten die vorliegenden Teilfestlegungen der beteiligten Träger zu erörtern und ggf. aufeinander abzustimmen. Eine Woche nach diesem Verfahrensschritt haben die Leistungsträger ihre Leistungen endgültig festzulegen.
- Der beauftragte Leistungsträger schließt mit dem/der Leistungsberechtigten eine Zielvereinbarung und erlässt anschließend – im Namen und Auftrag aller beteiligten Träger – einen Gesamtbescheid.

Im Rahmen der Modellerprobung konnten zu diesen Vorgaben vielfältige Erfahrungen gewonnen werden. Herausgegriffen werden sollen daraus vor allem empirische Daten zu den zeitlichen und inhaltlichen Verwaltungsanforderungen.

4.1.1 Dauer der Bearbeitung von Budgetanträgen

In den Dokumentationsformularen für die beauftragten Leistungsträger (vgl. Kap. 2.4.1) sind über personenbezogene und leistungsrechtliche Aspekte hinaus auch verwaltungsbezogene Fragen enthalten. Diese beziehen sich zum einen auf den Zeitraum, der von der Antragstellung bis zur Bescheiderteilung vergeht, zum anderen auf die einzelnen Bearbeitungsschritte und deren Zeitbedarf. Im Folgenden werden zunächst die Daten zum Zeitrahmen der Antragsbearbeitung aufgegriffen.

Die Bearbeitungsdauer der 494 bewilligten Anträge in den *Modellregionen* beträgt im Durchschnitt etwas mehr als drei Monate (98 Tage). Der Median liegt mit 74 Tagen jedoch deutlich unter diesem Wert, was auf eine erhebliche Streuung hinweist. Die Extremwerte betragen zum einen „einen Tag“ (Antrag wurde noch am Tag der Antragstellung bewilligt), zum anderen fast zwei Jahre (652 Tage). Insgesamt werden 41 % aller Anträge innerhalb von zwei

Monaten abschließend bearbeitet und damit in einem Zeitraum, der den gesetzlichen Vorgaben (annähernd) entspricht. Insgesamt 86 % aller Anträge sind nach sechs Monaten entschieden, 14 % der Anträge erfordern eine längere Bearbeitungszeit.

Vergleichbare Ergebnisse zeigt die Auswertung der Budgetbewilligungen in *Regionen außerhalb der Modellprojekte*: Im Durchschnitt wird hier ein Antrag in etwa drei Monaten (90 Tage) abschließend bearbeitet; der Median liegt bei 61 Tagen. Die Bearbeitungsdauer erstreckt sich ebenfalls im Extremfall von einem Tag bis hin zu zwei Jahren (730 Tage). 50 % aller Anträge werden in einem Zeitraum von bis zu zwei Monaten bearbeitet, über ein Viertel (29 %) sogar bereits innerhalb des ersten Monats (vgl. Abbildung 33).

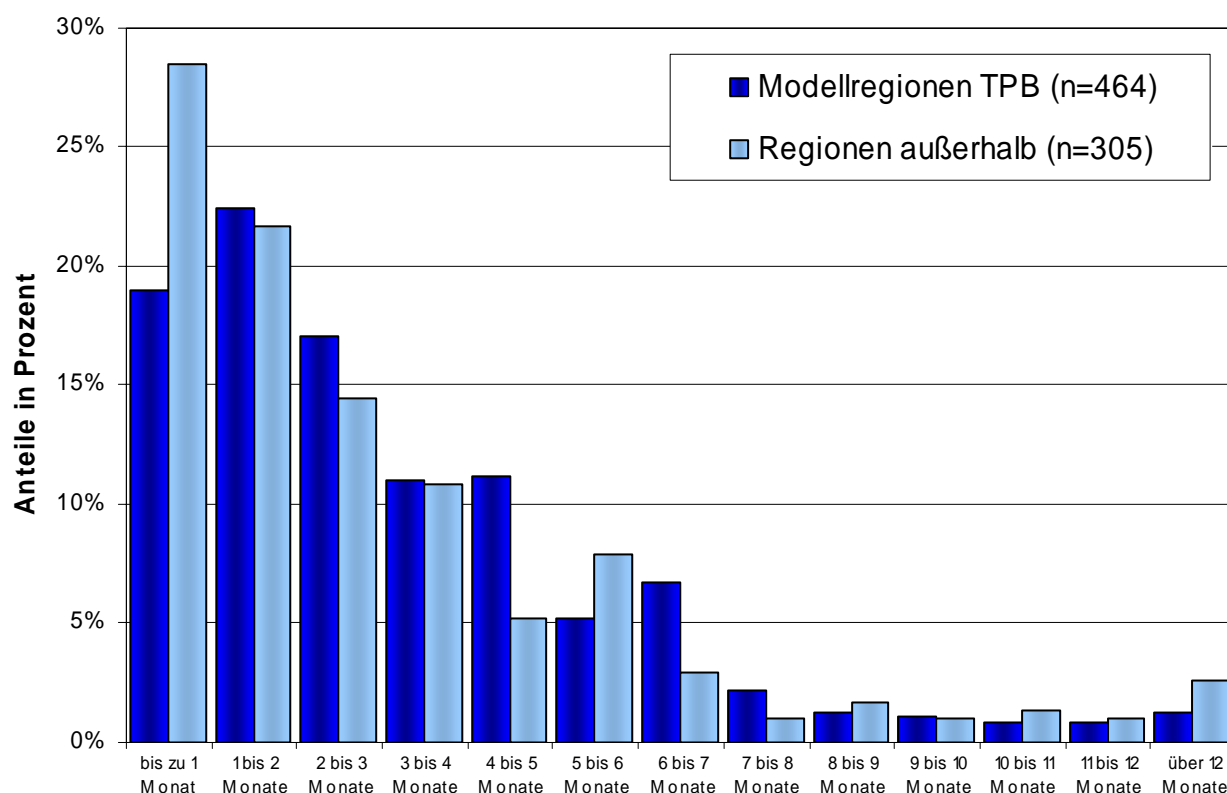


Abbildung 33: Dauer der Antragsbearbeitung in den Modellregionen und Regionen außerhalb²²

Die jeweilige Dauer der Antragsbearbeitung in den *Modellregionen* hängt – allerdings nicht signifikant – mit der Zusammensetzung der Budgets zusammen: Fließen zwei oder mehr verschiedene Leistungen in ein Persönliches Budget ein, dauert die durchschnittliche Bearbeitungszeit zehn Tage länger als im Falle von Einzelleistungen. Handelt es sich dabei zudem um ein trägerübergreifendes Budget, so liegt die durchschnittliche Bearbeitungszeit um etwa 40 Tage höher als bei den Budgets in Einfachzuständigkeit.

Diese Unterschiede lassen sich in den Regionen außerhalb der Modellprojekte – mit Ausnahme trägerübergreifender Budgetgestaltungen – bestätigen (vgl. Tabelle 32).

²² Die Monate werden aus Vereinfachungsgründen in Abständen von jeweils 30 Tagen gerechnet.

	Modellregionen		Regionen außerhalb	
	N	Mittelwert in Tagen	N	Mittelwert in Tagen
Anzahl der Leistungen im Budget				
Nur eine Leistung	294	96	192	79
Zwei Leistungen	101	105	85	95
Drei und mehr Leistungen	53	103	26	149
Trägerübergreifende Konzeptionen				
Nein	433	95	293	90
Ja	31	138	12	91
<i>Gesamt</i>	<i>464</i>	<i>98</i>	<i>305</i>	<i>90</i>

Tabelle 32: Dauer der Antragsbearbeitung nach Zusammensetzung des Budgets (Modellregionen und Regionen außerhalb)

Die Auswertung der Bearbeitungsdauer im Querschnitt aller bewilligten Budgets lässt sich ergänzen durch eine längsschnittlich angelegte Auswertung. Dabei zeigt sich, dass die durchschnittliche Bearbeitungszeit im Verlauf des Projektes deutlich abnimmt.

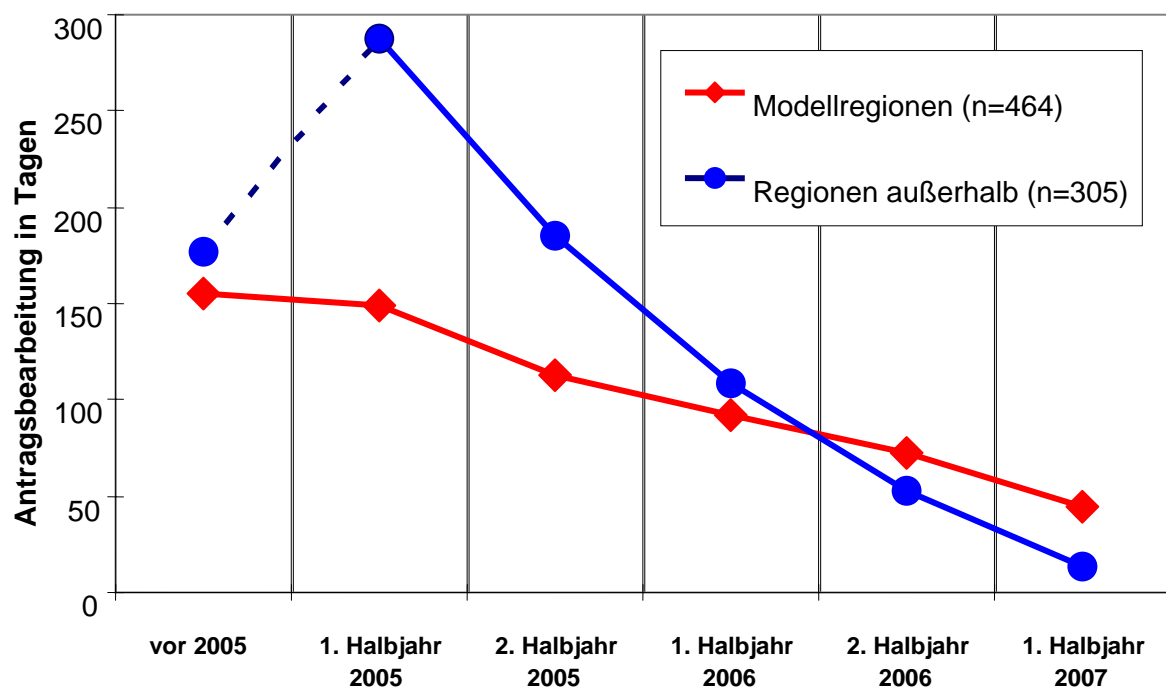


Abbildung 34: Dauer der Antragsbearbeitung im Zeitvergleich (Modellregionen und Regionen außerhalb)

Anträge, die in den *Modellregionen* vor 2005 bzw. im 1. Halbjahr 2005 eingereicht wurden, erforderten im Durchschnitt mehr als die doppelte Bearbeitungszeit als Anträge, die im 2. Halbjahr 2006 bearbeitet wurden (vgl. Abbildung 34). In den *Regionen außerhalb* lässt sich diese Abnahme sogar noch deutlicher erkennen: Anträge aus dem 1. Halbjahr 2005 bean-

spruchten im Durchschnitt fast den sechsfachen Zeitaufwand gegenüber Anträgen aus dem 2. Halbjahr 2006²³. Diese Entwicklungen sind mit $p < 0,001$ höchst signifikant.

Insgesamt scheinen die vorliegenden Daten darauf hinzudeuten, dass die Bearbeitung von Anträgen auf ein Persönliches Budget mit zunehmender Erfahrung bzw. „Routine“ auch mit einer abnehmenden Bearbeitungsdauer verbunden ist.

Eine Betrachtung derjenigen Modellregionen, die sowohl hinsichtlich der Budgetanzahl als auch des Umsetzungszeitraums einen vergleichsweise großen Erfahrungshintergrund aufweisen (Mittelfranken, Berlin, Rheinland-Pfalz), bestätigt diesen Trend. In Berlin und Rheinland-Pfalz sind die Bearbeitungszeiten im Modellzeitraum deutlich gesunken. In Mittelfranken pendeln sich diese Zeiten bereits seit Anfang 2005 um einen Wert zwischen zwei und drei Monaten ein (vgl. Abbildung 35); bei der 2006 leicht gestiegenen Bearbeitungsdauer ist zu berücksichtigen, dass im Verlauf des Projektes zunehmend weitere Gebietskörperschaften im Bezirksgebiet für die Umsetzung Persönlicher Budgets gewonnen werden konnten.

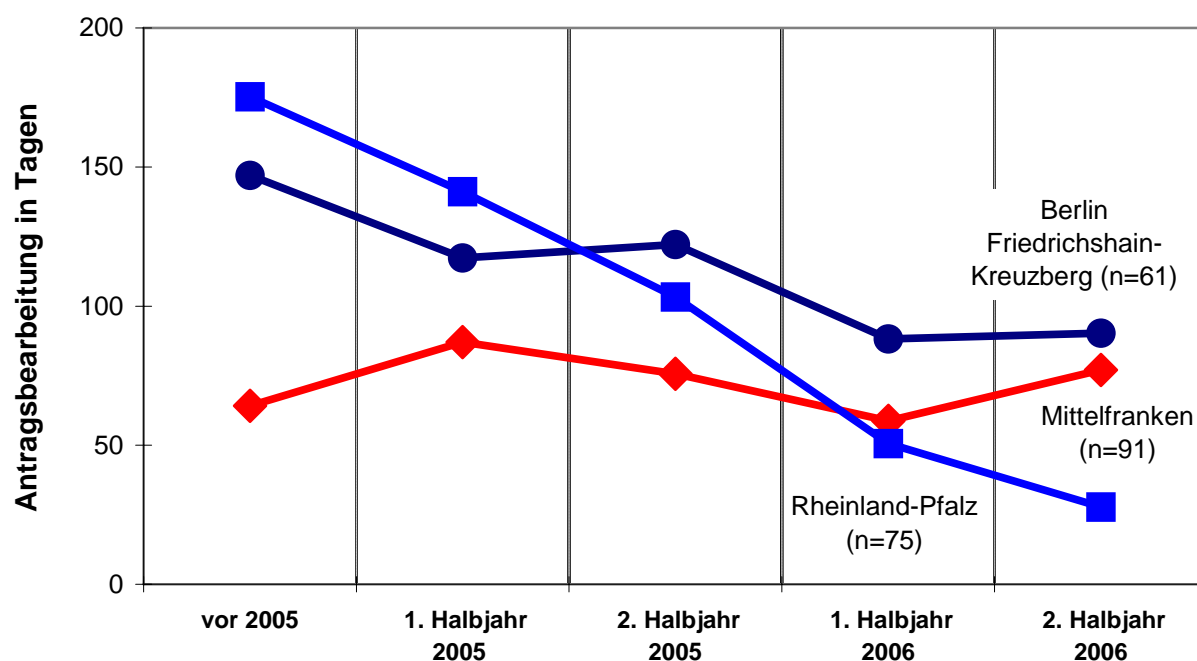


Abbildung 35: Dauer der Antragsbearbeitung in Tagen in den Modellregionen Bayern (Mittelfranken), Berlin (Friedrichshain-Kreuzberg) und Rheinland-Pfalz im Zeitvergleich (n=227)

4.1.2 Fallbezogene Bearbeitungsschritte

Neben der Bearbeitungsdauer der Budgetanträge, gemessen an dem Zeitraum vom Datum der Antragstellung bis zur Bewilligung, wurde im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung auch erfasst, welche Aufgaben bei der Antragsbearbeitung im Einzelnen zu bewälti-

²³ Aus den Regionen außerhalb der Modellprojekte liegen nur relativ geringe Fallzahlen über Anträge vor 2005 vor, da bewilligte Budgets erst seit dem ersten Halbjahr 2006 systematisch dokumentiert wurden. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit für diesen Zeitraum ist daher nur eingeschränkt interpretierbar.

gen sind und welcher zeitliche Aufwand damit jeweils verbunden ist. Grundlage bilden stichwortartige Angaben der Leistungsträger bzw. der Sachbearbeiter/innen zu Art und zeitlichem Umfang ihrer Arbeitsschritte von der Erstberatung bis zum Bewilligungsbescheid. Die daraus gewonnenen Daten lassen sich unter drei Gesichtspunkten auswerten:

- Welche inhaltlichen Anforderungen stellen sich bei der Antragsbearbeitung?
- Welche Arbeitsschritte finden in Interaktion mit anderen Personen und/oder Stellen statt? Wer sind die Kooperationspartner?
- Welchen zeitlichen Aufwand beanspruchen die einzelnen verwaltungsbezogenen Arbeitsschritte?

Inhaltliche Aspekte des Verwaltungsverfahrens

Von den Leistungsträgern werden in den Dokumentationen der bewilligten Budgets insgesamt 3.557 Einzelaktivitäten festgehalten, die im Rahmen der Antragsbearbeitung erforderlich sind. Um die Fülle dieser Angaben vergleichenden Auswertungen zugänglich zu machen, werden vier übergeordnete Bereiche definiert, denen diese Aktivitäten jeweils zugeordnet werden:

- *„Information und Klärung“*: Hierzu zählen alle Aktivitäten, die im Kontext der Budgetbeantragung stehen, wie z.B. Antragsaufnahme und -prüfung, Kontaktaufnahme/Erstkontakt, Beratung und Information sowie sämtliche Klärungsprozesse, die im Vorfeld der Bedarfsfeststellung und Zielvereinbarung anfallen (Klärung der Zuständigkeiten, Kontakte mit anderen Leistungsträgern und Leistungserbringern, Korrespondenz, Fallbearbeitung, Prüfung der Anspruchsgrundlagen sowie der Einkommens- und Vermögensverhältnisse usw.).
- *„Bedarfsfeststellung“*: In dieser Kategorie sind sämtliche Aktivitäten zusammengefasst, welche zur Klärung des Unterstützungsbedarfs beitragen. Genannt werden hier z.B. Gespräche mit den Antragsteller/innen, deren gesetzliche Vertreter/innen und/oder den bisherigen Leistungserbringern, Beauftragung von Gutachten, Akten-sichtung und verschiedene andere methodische Ansätze der Feststellung des Unterstützungsbedarfs sowie sog. Hilfeplan- und/oder Fallkonferenzen.
- *„Zielvereinbarung und Bescheid“*: Im Kontext dieses Bereichs sind Aktivitäten angesiedelt, welche die Vereinbarung von Zielen sowie die Bewilligung und Bescheiderteilung beinhalten (z.B. Vorbereitung/Entwurf der Zielvereinbarung, Besprechung der Zielvereinbarung, Bescheidfertigung, Klärungsprozesse mit Antragsteller/innen, gesetzlichen Vertreter/innen und/oder jeweiligen Leistungserbringern usw.).
- *„Verwaltung“*: Diese Kategorie umfasst vor- und nachbereitende Verwaltungstätigkeiten wie z.B. das Anlegen von Vorgängen und Akten, Berichterstellung, Protokollierung, Schriftverkehr, Mitteilungen, Vermerke usw. Besonderes Gewicht kommt auch der Dokumentation und elektronischen Erfassung der (bearbeiteten) Anträge sowie (verwaltungs-)internen Klärungsprozessen und Abstimmungen zu.

Gemessen an der *Anzahl* aller dokumentierten Aktivitäten nehmen die genannten vier Inhaltsbereiche folgenden Stellenwert im Antragsverfahren ein (vgl. Tabelle 33):

Inhalt der Aktivitäten	Anzahl der Aktivitäten	Prozentualer Anteil
„Information und Klärung“	1.557	44 %
„Bedarfsfeststellung“	911	26 %
„Zielvereinbarung/Bescheid“	746	21 %
„Allgemeine Verwaltung“	343	10 %
<i>Alle dokumentierten Fallaktivitäten (gesamt)</i>	<i>3.557</i>	<i>100 %</i>

Tabelle 33: *Fallaktivitäten nach inhaltlicher Relevanz in den Modellregionen*

Die Gewichtung dieser Inhaltsbereiche verändert sich jedoch, legt man den jeweils darauf verwendeten *Zeitaufwand* zugrunde: Gemessen an dem für diese Aktivitäten angefallenen Zeitaufwand (in Minuten) nehmen insbesondere die Aktivitäten zur Bedarfsfeststellung einen zentralen Raum ein. Die folgende Tabelle 34 verdeutlicht den jeweiligen Stellenwert der vier verschiedenen Inhaltsbereiche nach Zeitaufwand:

Inhalt der Aktivitäten	Gesamter Zeitaufwand (in Minuten)	Prozentualer Anteil am gesamten Aufwand
„Information und Klärung“	52.391	29 %
„Bedarfsfeststellung“	63.725	35 %
„Zielvereinbarung/Bescheid“	41.536	23 %
„Allgemeine Verwaltung“	24.127	13 %
<i>Alle dokumentierten Fallaktivitäten (gesamt)</i>	<i>181.779</i>	<i>100 %</i>

Tabelle 34: *Zeitlicher Aufwand nach inhaltlicher Relevanz in den Modellregionen*

In Bezug auf die Bedarfsfeststellung bildet der erhobene Aufwand nicht immer alle erforderlichen Arbeitsschritte ab; Beiträge externer Stellen (wie z.B. Gutachter) zur Bedarfsfeststellung sind nicht berücksichtigt, da das Dokumentationsformular stringent nur den Verfahrensablauf beim beauftragten Leistungsträger erfasst.

Kooperation im Verwaltungsverfahren

Für die Abbildung kooperativen Handelns im Verwaltungsverfahren stehen im Dokumentationsformular verschiedene Ausfülloptionen zur Verfügung; gekennzeichnet werden kann jeweils, ob eine Aktivität in Kontakt mit

- den Antragsteller/innen und/oder gesetzlichen Vertretern
- anderen Leistungsträgern
- Leistungserbringern
- Gutachtern/Fachdiensten
- „sonstigen Stellen/Personen“

stattfindet.

Wertet man die sog. Fallaktivitäten in Hinblick auf diese Kategorien aus, bestehen im Ergebnis 66 % des gesamten antragsbezogenen Aufwands aus kooperativen Leistungen. Welcher der potentiellen Kooperationspartner dabei welche Rolle spielt, verdeutlicht die folgende Übersicht (vgl. Tabelle 35):

	Aufwand der Fallaktivitäten (in Minuten)	Prozentualer Anteil am gesamten Aufwand
Aktivitäten mit Kontakten zu den Antragsteller/innen	94.637	54 %
Aktivitäten mit Kontakten zu Leistungserbringern	36.600	21 %
Aktivitäten mit Kontakten zu Gutachtern	15.093	9 %
Aktivitäten mit Kontakten zu anderen Leistungsträgern	13.743	8 %
Aktivitäten mit Kontakten zu sonstigen Akteuren	15.773	9 %
<i>Alle Aktivitäten mit Kontakten zu verschiedenen Akteuren</i>	<i>175.846</i>	<i>100 %</i>

Tabelle 35: Aktivitäten mit Kontakten zu anderen Akteuren nach zeitlichem Aufwand (Mehrfachnennungen)

Insgesamt dominieren Aktivitäten, die in Kooperation mit Antragsteller/innen und/oder ihren gesetzlichen Vertretern stattfinden. Bei 97 % der bewilligten Budgets in den Modellregionen, zu denen im Dokumentationsformular entsprechende Angaben vorliegen, sind ein oder mehrere Kontakte zu den Leistungsberechtigten im Verlauf des Verwaltungsverfahrens vermerkt. Unter zeitlichen Aspekten entfallen auf diese Kooperation 54 % des gesamten interaktiven Aufwands.

An zweiter Stelle steht mit 21 % des entsprechenden zeitlichen Aufwands die Kooperation mit Leistungserbringern.

Kontakt zu anderen Leistungsträgern wird bei den dokumentierten Anträgen aus den Modellregionen bei einem Viertel aller bewilligten Budgets vermerkt. Der Zeitaufwand beläuft sich auf 13.743 Minuten bzw. 8 % des gesamten Zeitaufwands im Kontext kooperativer Aktivitäten. In Hinblick auf das grundsätzliche Anliegen trägerübergreifender Kooperation entspricht dieses empirische Ergebnis zwar nicht den Erwartungen; in Relation zu den bewilligten trägerübergreifenden Persönlichen Budgets (6 % aller Budgets in den Modellregionen) lässt sich jedoch vermuten, dass trägerübergreifende Gestaltungen von Leistungen in deutlich höherem Maße intendiert waren.

Die zentrale Rolle, die den Antragsteller/innen bzw. ihren gesetzlichen Vertretern/innen grundsätzlich im Kooperationsgeschehen zukommt, zeigt sich nicht in allen Bereichen verwaltungsbezogener Aktivitäten in gleichem Maße. Differenziert man die Partizipation der Antragsteller/innen nach den verschiedenen Inhaltsbereichen, werden unterschiedliche Gewichtungen deutlich: Insbesondere im Bereich der „Bedarfsfeststellung“ findet eine intensive Kooperation mit den Leistungsberechtigten statt (vgl. Tabelle 36).

Inhalt der Aktivitäten	Gemessen an der Anzahl der Aktivitäten			Gemessen am Zeitaufwand		
	Beteiligung der Antragsteller	Aktivitäten ohne Antragsteller	Gesamt	Beteiligung der Antragsteller	Aktivitäten ohne Antragsteller	Gesamt
„Information und Klärung“	45 %	55 %	100 %	54 %	46 %	100 %
„Bedarfsfeststellung“	60 %	40 %	100 %	71 %	29 %	100 %
„Zielvereinbarung/Bescheid“	37 %	63 %	100 %	42 %	58 %	100 %
„Allgemeine Verwaltung“	8 %	92 %	100 %	8 %	92 %	100 %
Alle Fallaktivitäten (gesamt)	44 %	56 %	100 %	52 %	48 %	100 %

Tabelle 36: Fallaktivitäten und Zeitaufwand nach inhaltlicher Relevanz sowie Beteiligung der Antragsteller/innen

Zeitlicher Aufwand des Verfahrens

Fragen des zeitlichen Aufwands wurden zwar bereits bei der Betrachtung der inhaltlichen Anforderungen und des kooperativen Handelns im Verwaltungsverfahren thematisiert. Sie sollen jedoch abschließend noch einmal aus einer übergreifenderen Perspektive betrachtet werden.

Im Durchschnitt setzen die Sachbearbeiter/innen bei den beauftragten Leistungsträgern in den *Modellregionen* etwa 6 $\frac{3}{4}$ Stunden (406 Minuten) für die fallbezogene Antragsbearbeitung ein. Zieht man die von einigen Leistungsträgern genannten Aktivitäten für die wissenschaftliche Begleitforschung (Ausfüllen des Dokumentationsformulars, Mitteilung an die Begleitforschung usw.) ab²⁴, so reduziert sich dieser Aufwand um durchschnittlich 6 Minuten auf 400 Minuten. Der Median liegt jedoch mit 280 Minuten (ca. 4 $\frac{1}{2}$ Stunden) deutlich darunter: Demnach wurde die Hälfte aller Anträge in weniger als 4 $\frac{1}{2}$ Stunden bearbeitet, die andere Hälfte erforderte einen höheren Zeitaufwand. Insgesamt variiert die Bearbeitungszeit im Einzelfall erheblich; die Extremwerte liegen einerseits bei 30 Minuten, andererseits bei über 70 Stunden.

In den *Regionen außerhalb der Modellprojekte* beläuft sich der durchschnittliche fallbezogene Bearbeitungsaufwand – abzüglich der Aktivitäten für die wissenschaftliche Begleitforschung – auf 332 Minuten, d.h. etwa 5 $\frac{1}{2}$ Stunden. Auch hier ist der Median mit 200 Minuten niedriger. Im Minimum dauerte die Bearbeitung eines Antrags 25 Minuten, im Maximum über 50 Stunden.

Die folgende Abbildung 36 verdeutlicht die erhebliche Streuung und stellt den jeweiligen fallbezogenen Aufwand je bewilligtem Budget in Stunden dar:

²⁴ In insgesamt 52 Dokumentationsformularen wurde der Aufwand, der für die wissenschaftliche Begleitforschung anfiel, von den jeweiligen Sachbearbeiter/innen mit zu den „fallbezogenen Aktivitäten“ gezählt. Im Durchschnitt erforderten diese Aktivitäten in den genannten 52 Fällen etwa 55 Minuten. Dieser spezifische Aufwand für die wissenschaftliche Begleitforschung wird allerdings in der nachfolgenden Analyse nicht berücksichtigt.

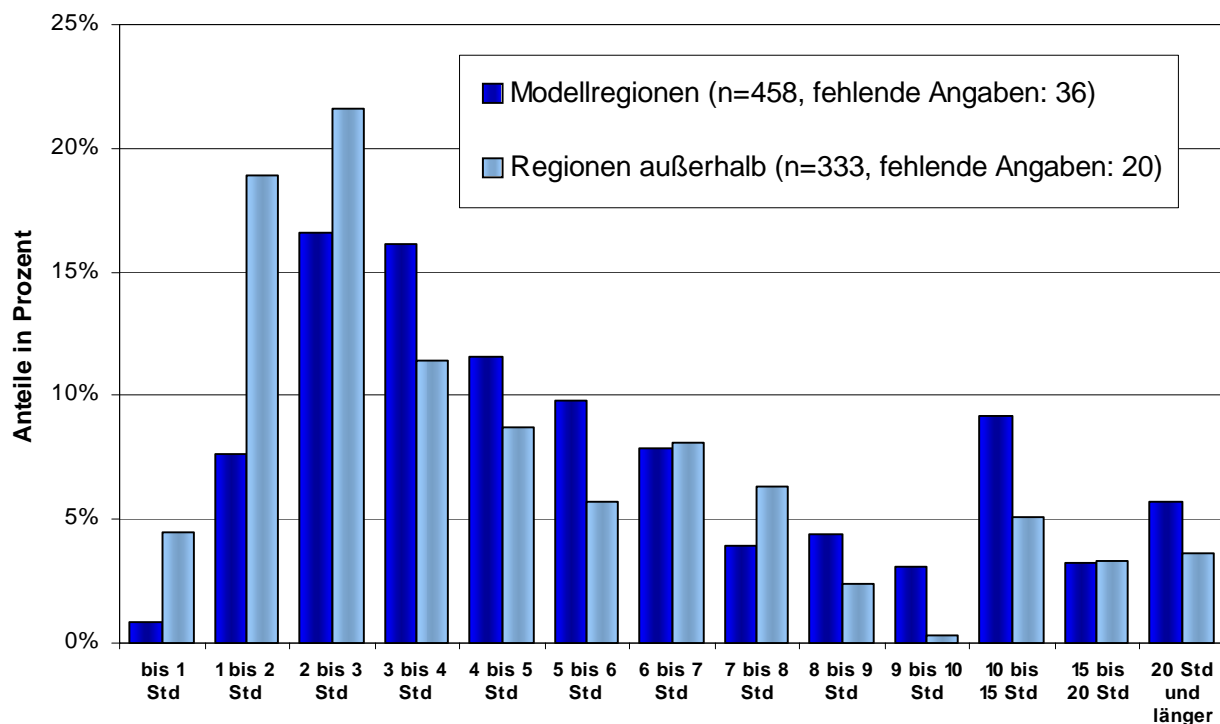


Abbildung 36: Jeweilige Dauer aller fallbezogenen Aktivitäten pro bewilligtem Budget (Angaben in Prozent)

In den Modellregionen werden demnach ein Viertel aller bewilligten Budgets (25 %) in weniger als drei Stunden bearbeitet, etwa 28 % der Budgets erfordern einen Zeitaufwand von drei bis zu fünf Stunden und 22 % von fünf bis acht Stunden. Entsprechend ist für ein Viertel aller Budgets ein zeitlicher Aufwand von mehr als acht Stunden dokumentiert.

In den Regionen außerhalb der Modellprojekte werden die Anträge im Vergleich etwas zügiger bearbeitet: Fast ein Viertel der Anträge (23 %) erfordern weniger als zwei Stunden Bearbeitungszeit, ein Drittel (33 %) zwischen zwei und vier Stunden. Auf einen gegenüber den Modellregionen etwas geringeren Anteil der Anträge (15 %) entfallen mehr als acht Stunden Bearbeitungszeit.

Differenziert man die Bearbeitungszeiten nach Spezifika der Budgetgestaltung (Zahl der einbezogenen Leistungen, trägerübergreifende Budgets vs. Budgets in Einfachzuständigkeit) zeigen sich signifikante Unterschiede im zeitlichen Aufwand ($p < 0,001$; $Eta > 0,3$) (vgl. Tabelle 37).

	Modellregionen		Regionen außerhalb	
	N	Mittelwert in Tagen	N	Mittelwert in Tagen
Anzahl der Leistungen des Budgets				
Nur eine Leistung	299	330	214	279
Zwei Leistungen	103	471	91	323
Drei und mehr Leistungen	55	627	25	844
Trägerübergreifende Konzeptionen				
Nein	428	381	320	300
Ja	30	682	13	1143
<i>Gesamt</i>	<i>458</i>	<i>400</i>	<i>333</i>	<i>332</i>

Tabelle 37: Zeitlicher Aufwand der Antragsbearbeitung nach Zusammensetzung des Budgets (Modellregionen und Regionen außerhalb)

Im Rahmen der Verwaltungsverfahren, die zur Bearbeitung von Budgetanträgen erforderlich werden, binden im Durchschnitt die gegenüber der Bewilligung von Sachleistungen (zumindest teilweise) neuen Anforderungen einer individuellen Bedarfsfeststellung und der Zielvereinbarung nahezu zwei Drittel der eingesetzten Arbeitszeit (58 %, vgl. obige Tabelle 34). In diesen Kontext lässt sich vermutlich auch die Beobachtung einordnen, dass – im Unterschied zur Dauer der Antragsbearbeitung (vgl. Kap. 4.1.1) – im Verlauf des Modellprojektes keine Reduzierung des zeitlichen Aufwands auftritt, sondern zunächst eine tendenzielle Zunahme beobachtet werden kann (vgl. Abbildung 37).

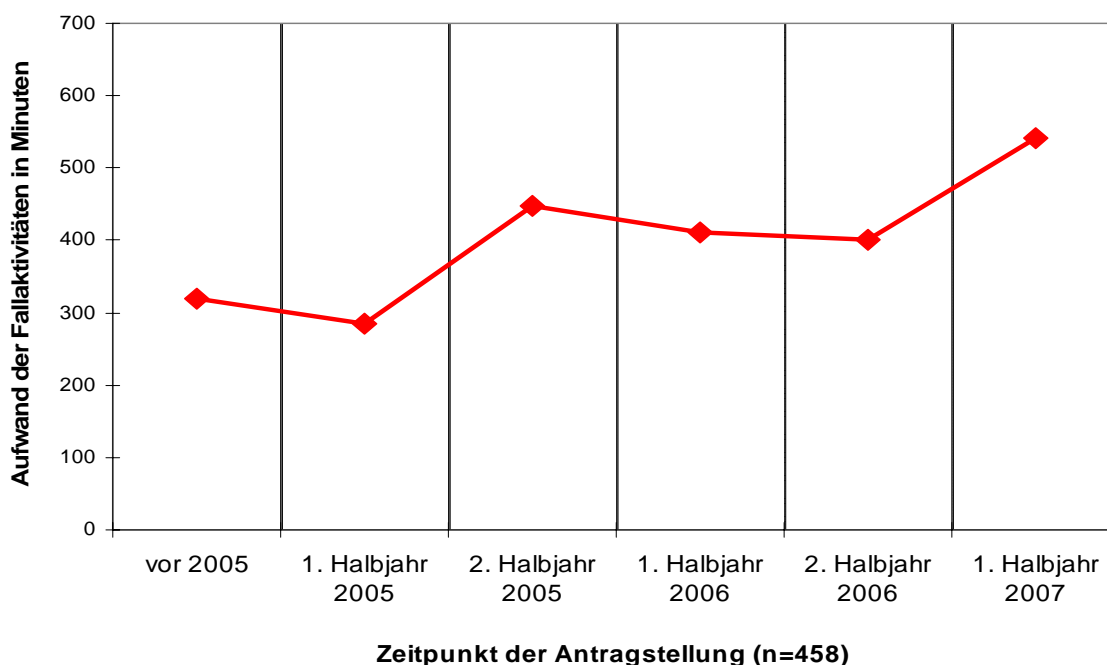


Abbildung 37: Aufwand der Fallaktivitäten in Minuten nach Zeitpunkt der Antragstellung (Modellregionen, n=458)

Dies hängt jedoch mit zwei zentralen Aspekten zusammen, insbesondere dem jeweiligen „Einstieg“ der einzelnen Modellregionen in die Budgetbewilligung sowie regionaler Charakteristika. Beispielsweise erfordert die Antragsbearbeitung in den Modellregionen in Schleswig-Holstein – bedingt durch die Verknüpfung mit dem Projekt careNETZ, das vor allem im Bereich „Bedarfsfeststellung“ Menschen mit Behinderung umfassende Beratung (z.B. „Zukunftsplanungen“) anbietet (vgl. Kap. 2.2.7) – einen überdurchschnittlichen Zeitaufwand. Darüber hinaus wird in Regionen, die erst gegen Ende der Modellphase Budgets bewilligten (wie z.B. München/Oberbayern), ein ebenfalls von den Durchschnittswerten abweichender Aufwand dokumentiert. Schließt man Regionen mit solchen Spezifika aus der Auswertung aus, ergibt sich eine andere Verlaufskurve (vgl. Abbildung 38):

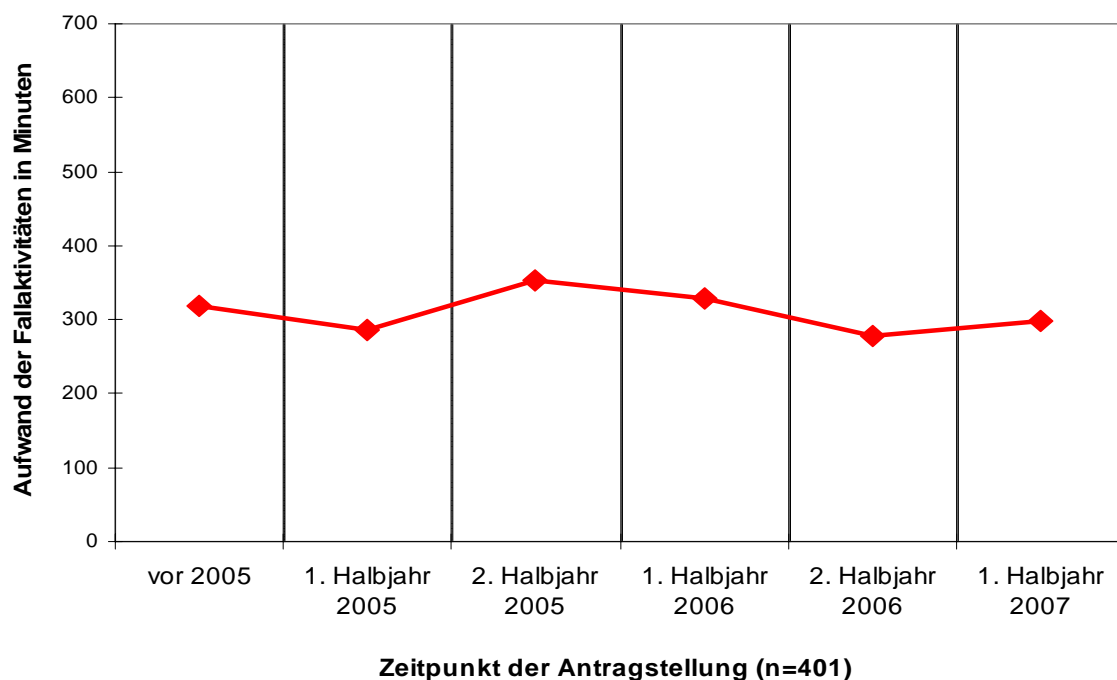


Abbildung 38: Aufwand der Fallaktivitäten in Minuten nach Zeitpunkt der Antragstellung (Modellregionen ohne Schleswig-Holstein und München/Oberbayern, n=401)

In dieser Betrachtung pendelt sich der zeitliche Verwaltungsaufwand seit Beginn des Projekts zwischen 270 und 350 Minuten pro Antrag ein.

Im Rahmen der Expertengespräche mit Leistungsträgern in den Modellregionen (vgl. Kap. 2.4.3) wurde auch um eine Einschätzung der Verwaltungsverfahren bzw. dem mit diesen verbundenen Aufwand gebeten. Unabhängig von dem jeweiligen Erfahrungshintergrund (z.B. in Bezug auf die Zahl der bisher bearbeiteten Budgetanträge, der Rolle als Beauftragter oder beteiligter Leistungsträger etc.) lässt sich dabei kein einheitliches Meinungsbild beobachten. Die befragten Leistungsträger gehen zum Teil davon aus, dass ein „Routineeffekt“ eintritt, der zu einer deutlichen Reduzierung des bislang beobachteten Aufwands führen wird. Zum Teil wird aber auch die gegenteilige Auffassung vertreten: Insbesondere die geforderte ausgeprägte Individualität des jeweiligen Verfahrens trage dazu bei, dass Standardisierungen und damit Reduzierungen des Aufwands nicht möglich seien. Einig ist man sich hingegen in der Einschätzung trägerübergreifender Kooperation, die mit einem erhöhten Aufwand auf Dauer einhergehen werde.

4.2 Verfahren der Bedarfsfeststellung

Die Analyse der antragsbezogenen Anforderungen im Verwaltungskontext verdeutlicht, dass das Verfahren der Bedarfsfeststellung bereits unter zeitlichen bzw. aufwandsbezogenen Kriterien zu den Kernprozessen der Gestaltung Persönlicher Budgets zählt. Darüber hinaus trägt der Modus der Bedarfsfeststellung entscheidend dazu bei, inwieweit tatsächlich die Grundanliegen der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung von Menschen mit Behinderung umgesetzt und zudem auch im Rahmen Persönlicher Budgets eine individuelle Bedarfsdeckung erreicht werden können.

In Bezug auf „Bedarfsfeststellung“ können unter methodischen Gesichtspunkten zwei Ebenen unterschieden werden:

- Zum einen geht es um einen spezifischen Verfahrensweg: Welche Stellen und Personen werden in welcher Form beteiligt, und wie sind Schnittstellen zwischen den Beteiligten zu gestalten?
- Zum anderen tangiert „Bedarfsfeststellung“ inhaltliche Fragen: Welche Bedarfe und Bedarfslagen werden berücksichtigt, inwieweit können individuelle Bedürfnisse seitens der Leistungsberechtigten eingebracht werden, und inwieweit werden Bedarfe deutlich, die dem Anliegen trägerübergreifender Kooperation gerecht werden?

4.2.1 Prozesse der Bedarfsfeststellung

In Bezug auf den Verfahrensweg sind in den Modellregionen durchaus unterschiedliche Lösungen zu beobachten; entsprechend der Verteilung der beauftragten Leistungsträger (vgl. Kap. 3.3) dominieren dabei die im Bereich der Sozialhilfeträger erprobten Wege.

In **Berlin** nehmen der Sozialpsychiatrische Dienst bzw. die Beratungsstelle für behinderte Menschen im Gesundheitsamt eine zentrale Rolle im Bedarfsfeststellungsverfahren wahr. Sowohl im Rahmen von Gutachten (bei Neuansträgen) als auch bei bereits laufenden Leistungen beziehen diese Dienste nach Beratungsgesprächen mit dem Leistungsberechtigten Stellung zu den Leistungszielen, der möglichen Budgetbemessung und ggf. den Anforderungen an eine Nachweisführung und die Qualitätssicherung. Im Rahmen der Sachbearbeitung findet dann – wenn erforderlich in Kooperation mit anderen Leistungsträgern – eine endgültige Abstimmung mit den Leistungsberechtigten statt.

In **Bayern/Bezirk Mittelfranken** bildet das Kernstück des Verfahrens die sog. Budgetkonferenz, in der zwischen dem Leistungsträger, dem Leistungsberechtigten (und ggf. Vertrauenspersonen) sowie dem Sozialpädagogisch-Medizinischen Fachdienst des Bezirks der Bedarf ermittelt, Vereinbarungen über Ziele, Budgethöhe und Laufzeit des Budgets getroffen und die Zielvereinbarung vorbereitet werden. Grundlage vor allem für die Bedarfsermittlung ist ein Instrument, das von Seiten des Sozialhilfeträgers als Gesamtplanverfahren entwickelt wurde. Im Vorfeld der Budgetkonferenz werden die bereits vorliegenden Unterlagen (Sozialberichte etc.) ausgewertet; nur bei Neuansträgen werden fachliche Stellungnahmen angefordert. Darüber hinaus wird der Leistungsberechtigte vor der Budgetkonferenz gebeten, seine Wünsche und Vorstellungen zur Budgetgestaltung zu formulieren und ggf. zu äußern, wer die Unterstützung leisten soll; entsprechend können auch Leistungsanbieter – wenn es dem Wunsch des Antragstellers entspricht – in die Budgetkonferenz einbezogen werden.

In der Modellregion **Hessen** werden erste Bedarfsfeststellungen bereits mit der Formulierung des Antrags vorgenommen; hier erhält insbesondere der/die Leistungsberechtigte Gelegenheit, den aus seiner/ihrer Sicht bestehenden Unterstützungsbedarf zu formulieren. Spezifisch für die Modellphase wurden in beiden teilnehmenden Landkreisen zusätzliche Mitarbeiterstellen seitens des Landes eingerichtet, die einerseits als zentrale Anlaufstelle für die Leistungsberechtigten, andererseits als Koordinierungsstelle für alle beteiligten Sozialleistungsträger dienen. Diese Ansprechpartner übernehmen zudem teilweise die Aufgabe, die Antragsteller/innen z.B. im Rahmen von Hausbesuchen bei der Formulierung ihres Bedarfs zu unterstützen. In der Modellregion besteht darüber hinaus über das Projekt „InDiPro“ insbesondere für Menschen mit geistiger Behinderung die Möglichkeit, sich im Vorfeld einer Antragstellung sowie im weiteren Verlauf des Antragsverfahrens beraten und begleiten zu lassen (vgl. Kap. 2.2.3).

Soweit zur Bedarfsfeststellung erforderlich werden ergänzend zu den aus dem Antrag zu gewinnenden Informationen Stellungnahmen durch Fachdienste (der Sozialhilfeträger, des Gesundheitsamtes) eingeholt; darüber hinaus finden bei Neuanträgen Prüfungen der Anspruchsvoraussetzungen statt. Nach Abschluss dieser Klärungsphase laden die Projektkoordinatoren zu einem Assessmentgespräch ein. Um den Leistungsberechtigten eine möglichst weitgehende Beteiligung an diesem Gespräch zu ermöglichen, wird darauf geachtet, dass der Gesprächskreis klein bleibt; beteiligt sind in der Regel der örtliche und der überörtliche Sozialhilfeträger, der/die Antragsteller/in und ggf. eine Person seines/ihrer Vertrauens sowie der Projektkoordinator. Sofern die Leistungsberechtigten es wünschen, werden auch Vertreter/innen von InDiPro mit einbezogen.

Nordrhein-Westfalen/Bielefeld nutzt zur Bedarfsfeststellung das sog. Clearingverfahren bzw. die Hilfeplankonferenz. Auf der Grundlage des Individuellen Hilfeplanverfahrens des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (bei Menschen mit geistiger und Körperbehinderung) bzw. des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP-Bielefeld) (für Menschen mit psychischer Erkrankung) werden Fachdienste (Mitarbeiter/innen des Sozial- oder Gesundheitsamtes, Mitarbeiter/innen von Einrichtungen und Diensten) beauftragt, den Bedarf zu erheben. Dies wird ergänzt um eine persönliche Stellungnahme des/der Leistungsberechtigten. Die Ergebnisse der Erhebungen werden in einem Teamgespräch in der Clearingstelle/Hilfeplankonferenz beraten. Empfehlungsberechtigte Mitglieder dieses Teams sind Vertreter der Leistungsanbieter (ambulante Dienste, stationäre Einrichtungen) sowie des örtlichen und des überörtlichen Sozialhilfeträgers. Der/die Leistungsberechtigte bzw. die gesetzliche Vertretung sollen in der Regel an diesem Hilfeplangespräch teilnehmen. Auf Wunsch der leistungsberechtigten Person können weitere Personen ihres Vertrauens mit einbezogen werden.

In **Düsseldorf** sind – im Zuständigkeitsbereich des örtlichen Sozialhilfeträgers – unterschiedliche Fachdienste (Gesundheitsamt, fachliche Stellungnahmen der Leistungserbringer etc.) an der Bedarfsfeststellung beteiligt; über das jeweilige Verfahren wird auf der Grundlage des Einzelfalls entschieden. Bei Leistungen des überörtlichen Sozialhilfeträgers werden die Unterlagen des Individuellen Hilfeplanverfahrens des Landschaftsverbands Rheinland von den Leistungsberechtigten gemeinsam mit einer ihnen vertrauten Fachkraft (in der Regel Mitarbeiter/innen von Einrichtungen und Diensten) bearbeitet. Die regionale Hilfeplankonferenz, die in ähnlicher Weise zusammengesetzt ist wie in Bielefeld, berät über die Ergebnisse dieses Verfahrens und beschließt die im Einzelfall erforderliche Hilfe.

In **Rheinland-Pfalz** erfolgt die Bedarfsfeststellung im Rahmen der Eingliederungshilfe über das Instrument „Individueller Hilfeplan“ (IHP). Dieser wird im Auftrag der Sozialhilfeträger meist von Leistungsanbietern gemeinsam mit den Leistungsberechtigten erstellt. In Situationen, in denen (noch) kein Dienstleister beteiligt ist, beauftragt die Verwaltung den Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes mit der Erstellung des Hilfeplans.

Die Ergebnisse der Bedarfsfeststellung werden im sog. Aktionsplan zusammengefasst; dieser enthält Aussagen zu Zielen, zu erforderlichen Hilfen/Leistungen und deren Qualität sowie zum Umfang des Bedarfs (in Stunden/Woche). Der Aktionsplan bildet die Grundlage für die abschließenden Beratungen in der Hilfeplankonferenz, an der die Leistungsträger, Leistungserbringer, die Leistungsberechtigten (sofern sie das wünschen) und/oder ihre gesetzlichen Vertreter teilnehmen.

Sachsen-Anhalt überträgt die Aufgabe der Bedarfsfeststellung den örtlichen Sozialhilfeträgern. Diese fungieren als sog. herangezogene Gebietskörperschaften; zuständig für die Leistungen der Eingliederungshilfe ist das Land als überörtlicher Sozialhilfeträger.

Die Antragstellung durch die Leistungsberechtigten erfolgt mit dem von der „Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)“ entwickelten Mustervordruck „Antrag auf Leistungen durch ein Persönliches Budget“ (BAR 2006, 59), das einen Bedarf an Leistungen im Bereich der Medizinischen Rehabilitation, der Teilhabe am Arbeitsleben sowie am Leben in der Gemeinschaft, ergänzenden Leistungen, Leistungen zur Pflege sowie „weiteren Leistungen“ erfragt, ergänzt um persönliche Wünsche der Antragsteller/innen und ihre individuellen Vorstellungen zur Leistungsgestaltung.

Im Rahmen der Bedarfsfeststellung beteiligt der Sozialhilfeträger für seinen Zuständigkeitsbereich das Gesundheitsamt sowie den rehabilitationspädagogischen Fachdienst; werden bereits Leistungen erbracht, nehmen die jeweiligen Leistungserbringer Stellung zum Bedarf des betreffenden Menschen. Die unterschiedlichen Feststellungen werden in einer Fallkonferenz zusammengetragen, nach deren Beratung die Höhe des individuellen Persönlichen Budgets festgesetzt wird.

Thüringen schlägt vergleichbare Wege wie Sachsen-Anhalt bei der Bedarfsfeststellung ein (Antragsformular, Fallkonferenzen). Abweichungen davon sind vor allem im Bereich der sozialpsychiatrischen Hilfen zu beobachten. Im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbunds leisten fachliche Stellungnahmen der Leistungserbringer sowie die nachfolgenden Beratungen in der örtlichen Hilfeplankonferenz einen wesentlichen Beitrag zur Bedarfsfeststellung.

In **Schleswig-Holstein** gehen – bedingt durch die Verknüpfung des Modellprojekts mit dem Projekt careNETZ – einer Bedarfsfeststellung intensive Beratungen der Antragsteller/innen voraus, zu denen insbesondere Verfahren der sog. „Zukunftsplanung“ zählen. Bei Neuansuchen wird ergänzend dazu vom Leistungsträger eine Begutachtung durch den Fachdienst Gesundheit veranlasst.

Die Beratungen münden in einen Bedarfsfeststellungsbericht, der auch Vorschläge zu den erforderlichen Unterstützungsleistungen sowie zur Budgetbemessung beinhaltet. Auf dieser Grundlage findet dann ein Gesamtplangespräch statt, an dem der/die Leistungsträger, Vertreter von careNETZ, der/die Leistungsberechtigte und ggf. der/die gesetzliche Betreuer/in beteiligt sind.

Gemeinsam ist diesen nach Regionen verschiedenen Bedarfsfeststellungsverfahren, dass einheitlich Fachdienste in die Ermittlung des Unterstützungsbedarfs einbezogen werden. Diese bestehen einerseits bei den Leistungsträgern selbst (im Bereich der Sozialhilfe vor allem die sog. Medizinisch-pädagogischen Fachdienste) oder im Rahmen der Aufgaben der Gesundheitsämter (Beratungsstellen, ärztliche Dienste). Andererseits werden als Fachdienste vielfach auch die Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie eingesetzt; dies ist die Regel, wenn zur Bedarfsfeststellung sog. Hilfeplankonferenzen eingerichtet sind. Mit der von careNetz angebotenen Beratung ist in Schleswig-Holstein – zumindest für die Projektlaufzeit – ein unabhängiger Dienst eingerichtet, der weder in die Verwaltung der Sozialleistungsträger eingebunden ist, noch als Leistungserbringer tätig wird. In ähnlicher Weise gilt dies auch für das Projekt InDiPro in Hessen (vgl. Kap. 5.2).

Wesentliches Prüfkriterium für diese unterschiedlichen Verfahrenswege stellt die Frage dar, inwieweit Menschen mit Behinderungen an der Bedarfsfeststellung partizipieren und insbesondere ihre persönlichen Vorstellungen in Bezug auf ihren Bedarf und die zur Bedarfsdeckung geeigneten Wege einbringen können. Dass Partizipation grundsätzlich gewährleistet ist, zeigen bereits die Auswertungen der verwaltungsbezogenen Fallaktivitäten (vgl. 4.1.2). Qualitative Bewertungen dieser Frage lassen sich darüber hinaus aus den Daten der Budgetnehmerbefragung gewinnen. Die Frage, ob im Kontakt mit den Leistungsträgern bzw. Antrag bearbeitenden Stellen individuelle Wünsche geäußert werden konnten, bejahen 133 von 192 dazu Auskunft gebende Budgetnehmern/innen (69 %). Mit „teils/teils“ antworten 14 %, mit „nein“ 6 %. Weitere 11 % vermerken, dass gar keine entsprechenden Gespräche stattgefunden hätten bzw. dass sie bei solchen Gesprächen nicht beteiligt waren.

Aufgrund sehr kleiner Fallzahlen ist eine differenziertere Auswertung dieser Angaben in den Modellregionen Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen nicht möglich. In den anderen Modellregionen liegen die Anteile zustimmender Äußerungen („konnte Wünsche äußern“) zwischen 53 % und 90 %. Insbesondere die Faktoren „Teilnehmerzahl in der Fall-/Hilfeplankonferenz“ (je größer diese Gremien, desto negativer fällt die Bewertung der Partizipationsmöglichkeiten aus) sowie „(ausschließliches) Zusammenwirken der Leistungsträger und Leistungserbringer bei der Bedarfsfeststellung“ (je ausschließlicher Bedarf in diesem Kontext festgestellt wird, desto negativer die Bewertung) beeinflussen offenkundig diese Einschätzungen.

4.2.2 Inhaltliche Aspekte der Bedarfsfeststellung

Die Frage, auf welchem Weg Bedarfe festgestellt werden, lässt sich vertiefen durch die Frage, welche inhaltlichen Aspekte dabei Berücksichtigung finden.

Normative Bezugspunkte dazu lassen sich aus den gesetzlichen Vorgaben des SGB IX nur bedingt gewinnen. In § 14 Abs. 2 SGB IX findet sich lediglich der Hinweis, dass „Rehabilitationsbedarf unverzüglich“ festzustellen sei. Weitere Anhaltspunkte insbesondere für trägerübergreifende Verfahren ergeben sich eher noch im Rahmen des § 10 Abs. 1 SGB IX: „Soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Leistungsträger erforderlich sind, ist der nach § 14 leistende Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass die beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen feststellen und schriftlich so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinander greifen.“

Die daraus folgenden Anforderungen werden von den in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vertretenen Leistungsträgern in der „Gemeinsamen Empfehlung Teilhabeplan“ wie folgt beschrieben:

„Der individuell zu erstellende Teilhabeplan enthält Angaben vor allem zu

- den Schädigungen,
- den Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe,
- den vorhandenen Ressourcen,
- den person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren (vgl. hierzu die Gemeinsame Empfehlung ‚Begutachtung‘),
- den zu berücksichtigenden besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder,
- den leistungsbezogenen Zielen und Wünschen des betroffenen Menschen,
- den Gründen für die Erforderlichkeit der Leistungen,
- Ziel, Art, Umfang und inhaltlicher Ausgestaltung der vorgesehenen Leistungen,
- voraussichtlichem Beginn, Dauer der vorgesehenen Leistungen und Ort ihrer Durchführung,
- Sicherstellung der organisatorischen und zeitlichen Abläufe (insbesondere bei verzahnten und sich überschneidenden Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe),
- den beteiligten Rehabilitationsträgern und sonst noch zu Beteiligten.

Sofern Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe in Form eines Persönlichen Budgets erbracht werden, wird die Zielvereinbarung nach § 4 Budgetverordnung (BudgetV) in den Teilhabeplan aufgenommen“ (BAR 2004a, 2f.).

Im Rahmen dieser Ausführungen wird – deutlicher noch als durch den Begriff „funktionsbezogen“ in § 10 SGB IX – das Konzept der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF, vgl. WHO 2001) als Bezugsrahmen einer Bedarfsfeststellung deutlich; dies ergibt sich zum einen aus den Begriffen der Schädigungen, Aktivitäten und Teilhabe, zum anderen aus den Hinweisen auf person- und umweltbezogene Kontextfaktoren.

Inhaltlicher Maßstab einer Bedarfsfeststellung (auch) im Rahmen trägerübergreifender Persönlicher Budgets sind daher die in der ICF beschriebenen Lebensbereiche. Bezogen darauf sind

- die individuellen Ressourcen und Beeinträchtigungen,
- der erforderliche Unterstützungsbedarf in qualitativer und quantitativer Hinsicht sowie
- die jeweils möglichen Beiträge/Leistungen der beteiligten Leistungsträger

festzustellen (vgl. Abbildung 39).

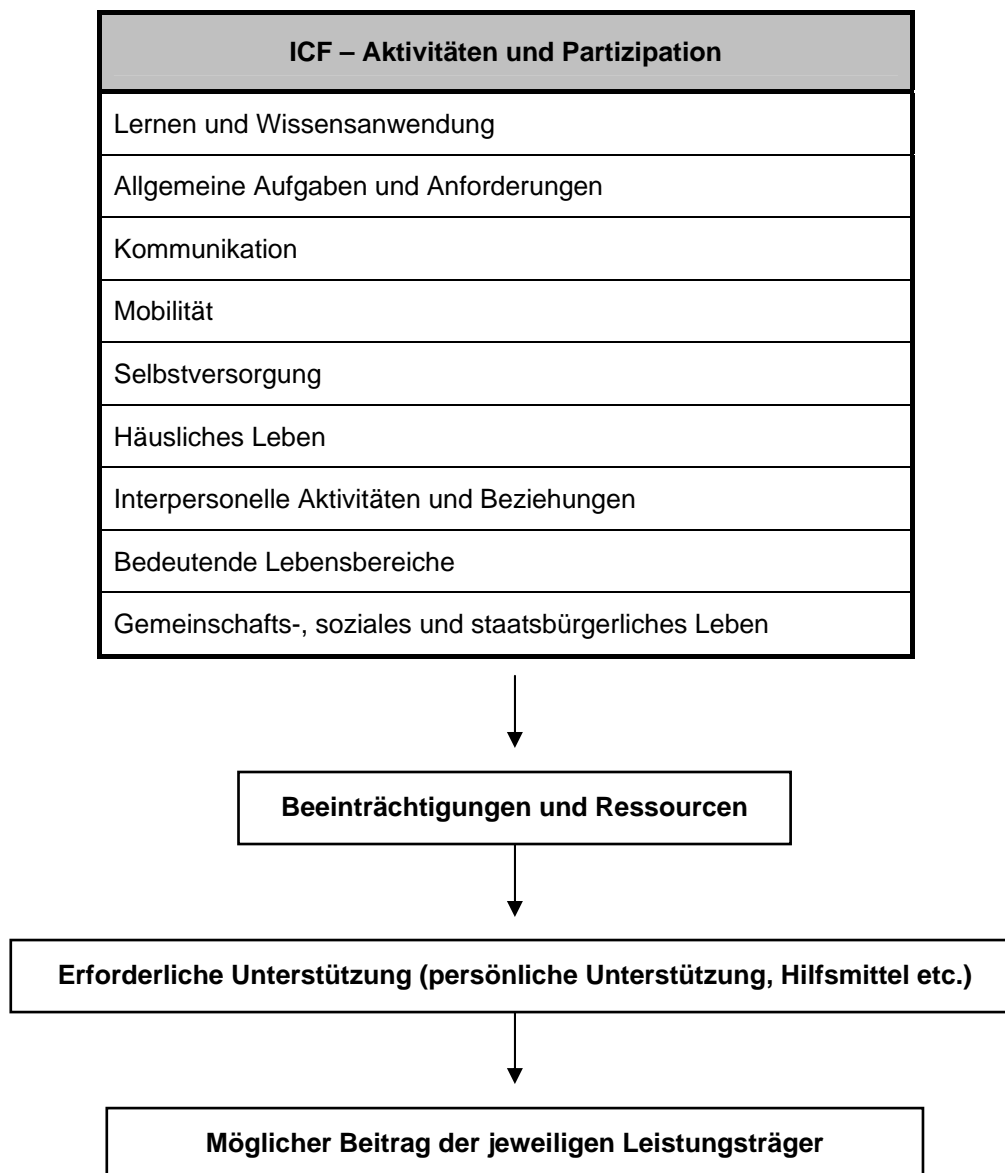


Abbildung 39: Konzeptioneller Rahmen einer funktionsbezogenen Bedarfsfeststellung

Wie bereits in der beispielhaften Darstellung der Verfahrensabläufe zur Bedarfsfeststellung deutlich wurde (vgl. 4.2.1), wird der idealtypische Ablauf in der Praxis der Modellregionen nur bedingt umgesetzt. Verfahrenleitend sind vielmehr die Prozesse und Instrumentarien, die von den beteiligten Leistungsträgern auch in anderen Leistungskontexten eingesetzt werden. Dazu zählen – im Bereich der Sozialhilfeträger – der „Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan“ (IBRP) der Aktion Psychisch Kranke, das Verfahren „Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung“ (HMB) sowie der „Individuelle Hilfeplan“ (IHP)²⁵. Zum Teil sind diese Instrumente integriert in Gesamtplanverfahren, zum Teil werden sie für die Gestaltung Persönlicher Budgets modifiziert.²⁶

²⁵ Der Begriff IHP findet – z.B. in Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen, Hessen – Anwendung für jeweils unterschiedliche Instrumente.

²⁶ So wird z.B. im Rahmen des HMB-Verfahrens auf eine Bedarfsgruppenbildung verzichtet; vielmehr wird in den aufgeführten Lebensbereichen der Unterstützungsbedarf z.B. in Stunden eingeschätzt.

Inhaltlich betrachtet lässt sich – trotz einer zunehmenden Vielfalt an Instrumentarien – eine relativ breite Schnittmenge in Bezug auf die erfassten Bedarfsbereiche feststellen. Diese sind zugleich in vielen Bereichen kompatibel mit dem in der ICF formulierten Konzept der „Aktivitäten und Partizipation“. Zur Veranschaulichung werden im Folgenden Bedarfsbereiche insbesondere aus dem IBRP und dem HMB-Verfahren den entsprechenden ICF-Kategorien gegenübergestellt (vgl. Tabelle 38):

Bedarfsbereiche eingesetzter Verfahren	ICF – Aktivitäten und Partizipation
Beeinträchtigungen und Gefährdungen durch die psychische Erkrankung/ emotionale und psychische Entwicklung	Lernen und Wissensanwendung
	Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
Kommunikation und Orientierung	Kommunikation
	Mobilität
Individuelle Basisversorgung/ Selbstsorge	Selbstversorgung
Gesundheitsförderung	
Alltägliche Lebensführung/ Wohnen	Häusliches Leben
Soziale Beziehungen/ soziale und persönliche Beziehungen	Interpersonelle Aktivitäten und Beziehungen
Arbeit/ arbeitsähnliche Tätigkeit/ Ausbildung	Bedeutende Lebensbereiche
Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben/ Tagesgestaltung, Freizeit	Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Tabelle 38: Bedarfsbereiche in Instrumenten zur Bedarfsermittlung in der Eingliederungshilfe im Vergleich zu ICF-Kategorien

Für die Phase der Einführung Persönlicher Budgets hat sich das Vorgehen der Leistungsträger in den Modellregionen, an den bestehenden und vertrauten Instrumentarien der Bedarfsfeststellung anzusetzen, sehr bewährt. Angesichts der zentralen Bedeutung, die dem Konzept der WHO national wie international im Kontext von Rehabilitation beigemessen wird, ist jedoch zu überlegen, inwieweit die bereits eingeführten Instrumente so weiterentwickelt werden könnten, dass eine (noch) höhere Kongruenz zur ICF erreicht wird.

Anschließen lässt sich hierbei an eine vorläufige Orientierungshilfe der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, welche die ICF als übergeordneten Bezugsrahmen der Bestimmung des Rehabilitationsbedarfs mit der Begründung hervorhebt, dass die „personenzentrierte Planung von Rehabilitationsprozessen, sowie die passgenaue Gestaltung und Entwicklung von Hilfen und Angeboten (...) durch die Anwendung der ICF unterstützt (werden)“ (BAGÜS 2006, 11). Zur Feststellung einer wesentlichen Behinderung sei dabei eine „Beschreibung von Aktivität und Teilhabe zumindest in den Bereichen

- Selbstversorgung (...),
- Häusliches Leben/Haushaltsführung (...),
- Mobilität, Bewegungsfähigkeit (...),
- Orientierung (...),
- Kommunikation (...),

- Interpersonelle Interaktion und Beziehung (...)
- notwendig“ (ebd).

Sofern diese Überlegungen von den jeweils zuständigen Trägern der Sozialhilfe aufgegriffen werden, besteht insgesamt zudem die Chance einer Vereinheitlichung der im Bundesgebiet heterogenen Instrumentarien.

Berücksichtigt werden sollte dabei auch das Anliegen trägerübergreifender Kooperation. Dazu wäre das im Bereich medizinischer Rehabilitation bedeutsame Konzept der Körperfunktionen und -strukturen ebenso zu berücksichtigen wie die Teilhabebereiche „Bildung, Arbeit und Ausbildung“.

4.3 Konzepte der Budgetbemessung

In engem Zusammenhang mit konzeptionellen Ansätzen der Bedarfsfeststellung stehen Fragen der Budgetbemessung, sprich der Kalkulation eines individuellen Budgets, die eine Bedarfsdeckung gewährleisten kann. Zu diesen Fragen wurden in vorangegangenen Modellvorhaben (z.B. Hamburg, Niedersachsen, Baden-Württemberg) jeweils unterschiedliche Lösungsansätze entwickelt; zusammen mit den Erfahrungen, die in anderen europäischen Ländern (z.B. in den Niederlanden) gewonnen werden konnten, kristallisieren sich dabei im Wesentlichen drei mögliche Verfahrenswege heraus:

- die Kalkulation Persönlicher Budgets auf der Basis des individuellen Unterstützungsbedarfs, der in Zeiteinheiten bemessen wird,
- die Definition von Budgetpauschalen, die nach spezifischen bedarfsbezogenen Kriterien vergeben werden,
- eine Kombination dieser beiden Ansätze („Stundensätze“ plus „(Teil-)Pauschalen“; vgl. dazu ausführlicher WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITFORSCHUNG 2006, 17ff.).

Diese bereits erprobten Ansätze sind dadurch gekennzeichnet, dass sie weit überwiegend – in der Systematik des SGB IX betrachtet – Leistungen zur Teilhabe am Leben der Gemeinschaft bzw. Leistungen nach §§ 54, 55 SGB XII betreffen (in bundesdeutschen Modellprojekten) bzw. sich auf Leistungen der persönlichen Versorgung und Unterstützung (z.B. in den Niederlanden) erstrecken. Für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur medizinischen Rehabilitation, die auf der Grundlage des § 17 SGB IX ebenfalls in Persönliche Budgets einbezogen werden können, bestehen keine entsprechenden Vorerfahrungen; dies betrifft ebenso Leistungen, die ergänzend zu Teilhabeleistungen in trägerübergreifende Persönliche Budgets einfließen können (z.B. im Rahmen des SGB XI oder des SGB V). Eine Ausnahme stellt der Bereich der Arbeitsassistenz dar, die bereits – auf der Grundlage des § 102 Abs. 4 SGB IX – als zum Teil pauschalisierte Geldleistung eingeführt ist und in dieser Form nahtlos in ein Persönliches Budget integriert werden kann.

Unter den empirischen Erkenntnissen, die im Verlauf der Modellprojekte zur Erprobung trägerübergreifender Persönlicher Budgets gewonnen werden konnten, dominieren ebenfalls Leistungen zur Teilhabe am Leben der Gemeinschaft, also Leistungen, die die individuelle Lebensführung in unterschiedlichen Wohnkontexten unterstützen können. Wie die Übersicht über die Leistungsarten in den bewilligten Budgets in Kap. 3.3 zeigt, bestehen 59 % der

Budgets (auch) aus „ambulanten Eingliederungshilfen im häuslichen Bereich“, weitere 42 % (auch) aus „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“²⁷.

Die Bemessungsgrundlagen für solche Leistungen stehen daher im Folgenden im Vordergrund.

Individuelle Bemessung Persönlicher Budgets mit Stundensätzen

Leistungen, die als „ambulante Eingliederungshilfen im häuslichen Bereich“ bzw. als „Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten“ (§ 55 Abs. 2 Zf. 6 SGB IX) in Persönliche Budgets integriert werden, werden überwiegend auf der Grundlage des jeweiligen individuellen Unterstützungsbedarfs – z.B. ausgedrückt in Stunden/Woche – bemessen. Dazu wird das Konzept der sog. Fachleistungsstunde genutzt, das um Entgeltsätze für nicht-professionelle Leistungen ergänzt wird. Eine Übersicht über die angewandten Bezugswerte gibt Tabelle 39.

Die skizzierten Vergütungssätze sind jeweils in unterschiedlichem Maße differenziert. Generell wird professionelle Hilfe von Unterstützung abgegrenzt, für die keine spezifische Qualifikation erforderlich ist. Weitergehende Differenzierungen lassen sich z.B. in der Modellregion Berlin beobachten. Hier wird einerseits zwischen der Leistung der sog. Einzelfallhelfer/innen und einer Leistung analog dem ambulant betreuten Wohnen unterschieden; die Vergütungssätze für die Einzelfallhilfe differieren je nach einzusetzender Qualifikation. Andererseits sind spezifische Vergütungssätze für das Arbeitgebermodell vorgesehen; hier ist auch im Sachleistungsbereich eine degressive Vergütung vereinbart, die für die ersten acht Stunden Unterstützung einen Stundensatz von 19,96 € vorsieht, ab der 9. Stunde reduziert sich dieser Satz auf 17,60 € usw. Ergänzt werden diese stundenbezogenen Leistungen um eine Tagespauschale von 6,65 €.

Darüber hinaus ist das Konzept der Fachleistungsstunde in sich nicht einheitlich. Für die jeweilige Kalkulation dieser Fachleistungsstunden werden zum Teil „Regiekosten“ und/oder Vor- und Nachbereitungszeiten berücksichtigt, so dass auf dieser Grundlage eine direkte Betreuungszeit von 100% realisiert werden kann. Zum Teil werden diese „Nebenkosten“ nicht einbezogen, so dass in der Folge eine Fachleistungsstunde z.B. nur 80 % unmittelbare Betreuungsleistungen ermöglicht.

²⁷ Gesetzliche Grundlage beider Leistungsarten sind §§ 53, 54 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 2 Zf. 6 SGB IX bzw. i.V.m. §§ 55 Abs. 2, Zf. 3 und 7, 58 SGB IX. Die hier verwendete Differenzierung geht auf die Hinweise in den Handlungsempfehlungen der BAR zurück (vgl. BAR 2006, 23f.).

Modellregion	Professionelle Leistungen	Euro/Stunde	Nicht-professionelle Leistungen	Euro/Stunde	
Berlin	Einzelfallhilfe – differenziert nach Qualifikation	9,74 – 16,51	Einzelfallhilfe ohne spezifische Qualifikation	7,52	
	Sozialpädagogische Unterstützung	31,00	Leistungen im Arbeitgebermodell	1.-8. Std.	19,96
				9.-16. Std.	17,60
				17.-24. Std.	13,29
				+ Tagespauschale	6,65
Bayern (Mittelfranken)	Fachleistungsstunde in der Betreuung psychisch kranker Menschen (Orientierungswert)	40,60	Nicht-professionelle Dienstleistungen	8,00	
	Fachleistungsstunde in der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung (Orientierungswert)	35,00			
Hessen	Fachleistungsstunde (Orientierungswert)	40,00 – 50,00	Nicht-professionelle Dienstleistungen	8,00 – 10,00	
NRW (Bielefeld)	Fachleistungsstunde	48,30			
NRW (Düsseldorf)			„Schulassistent“	ca. 12,00	
	Fachleistungsstunde	47,50			
Rheinland-Pfalz	Fachleistungsstunde	32,00	Nicht-professionelle Dienstleistungen	7,00 – 26,00	
Schleswig-Holstein	Fachleistungsstunde (+ ggf. Einsatzpauschale)	41,00 (10,00)	Nicht-professionelle Dienstleistungen	10,00	
Thüringen	Fachleistungsstunde	27,00			

Tabelle 39: Grundlagen der Budgetbemessung in den Modellregionen – „Stundensätze“

Die oben skizzierten Bemessungsgrundlagen besitzen in allen Modellregionen, in denen sie eingesetzt werden, allerdings nur empfehlenden Charakter bzw. den Charakter von Orientierungswerten. Abgewichen wird von diesen „Preisen“ insbesondere dann, wenn Budgetnehmer/innen ein spezifisches Unterstützungssetting planen, das andere finanzielle Ressourcen erfordert oder in Situationen, in denen aufgrund der regionalen Infrastruktur nur sehr eingeschränkte Angebote zur Verfügung stehen, deren Kosten dann bei der Ermittlung der Budgethöhe berücksichtigt werden müssen.

Ergänzt werden diese Stundensätze regelmäßig um Budgetbestandteile, die aus der Kalkulation spezifischer Leistungskomplexe resultieren. Dies betrifft beispielsweise Kosten für Bildungskurse an Volkshochschulen oder Teilleistungen von Einrichtungen (z.B. zeitweise Inanspruchnahme eines Heimplatzes, arbeitstherapeutische Angebote, tagesstrukturierende Angebote etc.).

Individuelle Bemessung Persönlicher Budgets mit „Pauschalen“

In den Modellregionen Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt sind zur Bemessung Persönlicher Budgets im Bereich der Eingliederungshilfe Pauschalen definiert.

In Rheinland-Pfalz gehen diese Pauschalen zurück auf das Modellprojekt „Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß“, das in den Jahren 1998 bis 2000 durchgeführt wurde. Dieses Konzept des Persönlichen Budgets ist heute in allen Landesteilen von Rheinland-Pfalz eingeführt. Als Budgetpauschalen sind „Korridore“ definiert, die folgende Beträge umfassen:

- Stufe 1: 205 – 310 Euro
- Stufe 2: 410 – 515 Euro
- Stufe 3: 665 – 770 Euro

Wie oben in der Übersicht der Stundensätze deutlich wird, wird die Zuweisung von Budgetpauschalen zunehmend ergänzt um individuelle Bemessungen auf der Basis von Fachleistungsstunden.

In Sachsen-Anhalt wurden von Seiten der Sozialagentur – als ausführende Behörde des überörtlichen Sozialhilfeträgers – Budgetpauschalen aus den im Sachleistungsbereich vereinbarten Vergütungssätzen definiert; Bezugswerte stellen dabei vor allem die im stationären Bereich der Eingliederungshilfe geltenden Vergütungen dar, die nach Leistungstypen differenziert sind. Die Budgetpauschalen umfassen folgende Beträge (vgl. Tabelle 40):

	HBG 1		HBG 2		HBG 3		HBG 4	
	Budget in €	Assistenz in €	Budget in €	Assistenz in €	Budget in €	Assistenz in €	Budget in €	Assistenz in €
Geistig behinderte Menschen	271	30	426	47	618	69	816	91
Psychisch kranke Menschen	271	30	346	38	502	56	612	68
Abhängigkeitskranke Menschen	271	30	346	38	502	56	611	68
Körperbehinderte Menschen	271	30	307	34	445	49	511	57

Tabelle 40: Budgetpauschalen in Sachsen-Anhalt (Leistungen der Eingliederungshilfe im häuslichen Bereich)

Die aufgeführten Pauschalen sind zum einen nach Zielgruppen differenziert (Menschen mit unterschiedlichen Behinderungsarten), zum anderen nach Hilfebedarfsgruppen (HBG). Die jeweiligen Beträge erstrecken sich ausschließlich auf Unterstützungsleistungen im häuslichen Bereich; werden Leistungen im stationären Bereich in Anspruch genommen, können Budgets bis zur Höhe der mit dem Leistungserbringer vereinbarten Vergütung des Heimplatzes bewilligt werden (bzw. bei Inanspruchnahme von Teilleistungen entsprechende anteilige Sätze). Eine Besonderheit stellt die Bemessung von „Assistenz“ dar; hierunter fallen die mit dem Begriff der „Budgetassistenten“ bezeichneten Leistungen der Beratung und Unterstützung, die in Sachsen-Anhalt jeweils bis zu einer Höhe von ca. 10 % des Persönlichen Budgets bewilligt werden können.

Pauschalen werden – von den oben genannten Regelungen abweichend – darüber hinaus in einzelnen Regionen auch als Teil des Gesamtbudgets gestaltet. Im Rahmen der Leistungen der Teilhabe am Leben der Gemeinschaft (insbesondere im engeren Sinne der „Freizeitgestaltung“) dienen solche (Teil-)Pauschalen z.B. der Unterstützung durch vom Budgetnehmer selbst beschäftigte Assistenzpersonen. Beispielhaft für solche Lösungen sind die Regelungen in Bielefeld, in denen ein Teil des gesamten Unterstützungsbedarfs durch ergänzende Pauschalen gedeckt werden kann, über deren Verwendung kein Nachweis zu führen ist.

Auch wenn in den jeweiligen Modellregionen spezifische Ansätze („Stundensätze“ vs. „Pauschalen“) im Vordergrund stehen, lässt sich in der Praxis vielfach eine Kombination der möglichen Bemessungswege beobachten. Im Vordergrund steht dabei die Intention, jeweils eine der individuellen Situation des Budgetnehmers entsprechende Budgetbemessung zu gestalten.

Dieses Verfahren ist zum Teil jedoch auch mit Nachteilen verbunden. Zunächst ist dabei zu beobachten, dass dieser individuelle Ansatz ausgesprochen aufwändig ist; wenn Budgets einzelfallbezogen kalkuliert werden, sind für jeden Budgetnehmer gewissermaßen neue Regeln der Budgetbemessung zu definieren. Über den Aufwand hinaus führt dies gelegentlich auch zu Verunsicherung, inwieweit die Prinzipien der Leistungsgerechtigkeit/ Gleichbehandlung aufrechterhalten werden können. So äußert z.B. eine Sozialdienstmitarbeiterin eines Sozialhilfeträgers: *„Wir sind ja schon etwas sicherer geworden, aber ich hab immer noch so dieses: ‚Ups, das ist ja Sozialhilfe.‘ (...) Ich will das gar nicht werten, denn da sind viele Sachen dabei, die ich sehr gut finde, aber ich habe so meine Bedenken: ‚O Gott. Wir finanzieren jetzt Klavierunterricht aus der Sozialhilfe.‘ Ich würde mir da mehr Sicherheit wünschen in der Bearbeitung.“*

Verfahren der individuellen Budgetkalkulation bringen auch für die Leistungsberechtigten Verunsicherung mit sich; die Zusicherung, ein jeweils bedarfsdeckendes Budget zu erhalten, geht einher mit mangelnder Transparenz im Vorfeld, da gewissermaßen die „Spielregeln“ der Budgetbemessung nicht bekannt sind und bei Antragstellung keinerlei Einschätzung möglich ist, mit welchem Budgetbetrag zu rechnen ist.

Schließlich legen solche Budgetkalkulationen nahe, die Nachweisführung sehr eng zu gestalten. Wenn – wie in dem obigen Zitat anklingt – Leistungen bewilligt werden, die im Kontext der Sozialhilfe eher ungewöhnlich sind, ist dies in der Regel mit der Anforderung verknüpft, die tatsächlich bezogenen Leistungen auch detailliert zu belegen (vgl. unten Kap. 4.4.2).

Aus diesen Erfahrungen heraus überlegen einige Modellregionen, die Regelungen der Budgetbemessung so weiter zu entwickeln, dass zum einen der enge Sachleistungsbezug

(„Fachleistungsstunden“) vermieden, zum anderen das Verwaltungsverfahren beschleunigt werden kann. In Schleswig-Holstein z.B. hat eine „Arbeitsgruppe Budgetbemessung“ für die beiden Modellstandorte eine Konzeption entwickelt, die auf folgenden Grundsätzen beruht:

- Orientierung an den sieben Aktivitäts-/Teilhabebereichen der ICF
- Definition von differenzierten (Teil-)Pauschalen
- Festlegung der Kriterien, nach denen die Zuordnung dieser Pauschalen erfolgt (orientiert am individuellen Unterstützungsbedarf)

Für die Lebens- und Partizipationsbereiche „Selbstversorgung“, „alltägliche Lebensführung“, „Gesundheit“ und „soziale Kontakte/Kommunikation“ werden dazu jeweils Stundenkorridore definiert (analog dem niederländischen Modell). Für die monetäre Bewertung dieser Korridore wird die übergeordnete Zielsetzung der Unterstützung berücksichtigt, also die Frage, ob es um die Gestaltung von Lernprozessen geht, um eher stellvertretende Leistungen oder um Assistenz und Beistand. Daraus resultieren jeweils unterschiedliche Vergütungen.

Für den Partizipationsbereich „Bildung, Beschäftigung, Arbeit“ werden Pauschalen vorgeschlagen, die sich an den im Sachleistungsbereich üblichen Vergütungssätzen orientieren; für die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben/Freizeitgestaltung sind Pauschalen vorgesehen, die zwischen 30 Euro und 75 Euro/Monat betragen sollen.

4.4 Gestaltung von Zielvereinbarungen

Nach § 4 Abs. 1 BudgetV schließen der beauftragte Leistungsträger und die Budgetnehmer/innen eine Zielvereinbarung ab, die mindestens „Regelungen über

- die Ausrichtung der individuellen Förder- und Leistungsziele,
- die Erforderlichkeit eines Nachweises für die Deckung des festgestellten individuellen Bedarfs sowie
- die Qualitätssicherung“

enthält.

Mit dieser Vorgabe wird eine weitere neue Anforderung insbesondere an Leistungsträger formuliert, bei der nicht auf entsprechende Erfahrungen aus der Bewilligungspraxis von Sachleistungen zurückgegriffen werden kann. Aber auch Leistungsberechtigten ist dieses Instrument nicht vertraut; sie verfügen allenfalls über Erfahrungen mit der Vertragsschließung mit Leistungserbringern (Heimverträge etc.), die aber nur bedingt personenspezifische Leistungsabsprachen beinhalten.

In der Erprobungsphase des Persönlichen Budgets in den Modellregionen galt entsprechend der Gestaltung von Zielvereinbarungen besondere Aufmerksamkeit. Im Folgenden werden die dabei gewonnenen Erfahrungen vorgestellt. Über allgemeine Aspekte hinaus, die in den Arbeitsgruppen in den Modellregionen verhandelt wurden, kann dazu insbesondere eine empirische Analyse von Zielvereinbarungen genutzt werden. Von den Modellregionen wurden insgesamt 224 Zielvereinbarungen in anonymisierter Form zur Verfügung gestellt (vgl. Kap. 2.5.6).

In der Auswertung dieser Dokumente lässt sich zunächst beobachten, dass die Gestaltung von Zielvereinbarungen im Projektverlauf unter formalen Aspekten weitestgehend standardisiert wurde, d.h. es wurden in den Modellregionen Formularvorlagen erarbeitet, die unter Nutzung von Textbausteinen auf die jeweilige Bewilligungssituation abgestimmt werden können. Für die Regionen in Rheinland-Pfalz gilt dies jedoch nur mit Einschränkungen, da hier (mit Ausnahme einer Zielvereinbarung der Agentur für Arbeit Trier) keine Zielvereinbarungen im Sinne der Budgetverordnung, sondern lediglich Auszüge aus dem rheinland-pfälzischen „IHP“ (sog. „Aktionspläne“) für eine Analyse vorliegen.

Die in den Zielvereinbarungen enthaltenen Regelungen werden in den folgenden Abschnitten vorgestellt; dabei werden zunächst die zentralen Vorgaben der Budgetverordnung aufgegriffen.

4.4.1 Ausrichtung individueller Förder- und Leistungsziele

Aussagen zu den Zielen des Persönlichen Budgets bzw. den individuellen Förder- und Leistungszielen werden in nahezu allen Zielvereinbarungen (ZV) getroffen; allerdings lassen sich dabei unterschiedliche Konkretisierungsgrade beobachten:

- 6 % der analysierten ZV weisen weder allgemeine noch spezifische Zielformulierungen auf. Hier werden inhaltliche Festlegungen ausschließlich auf der Basis von Leistungskategorien vorgenommen. Entsprechende Formulierungen lauten z.B. „Individuelle Förder- und Leistungsziele: Eingliederungshilfe, Hilfe zur Pflege“.
- In knapp der Hälfte (45 %) der Zielvereinbarungen werden übergeordnete Ziele des Persönlichen Budgets definiert, die sich überwiegend an gesetzlichen Vorgaben bzw. den Gesetzesbegründungen orientieren. Beispielhaft dafür sind Formulierungen wie: „Übergeordnetes Ziel des Persönlichen Budgets ist es, dem Budgetnehmer in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben und die Teilnahme am Leben der Gesellschaft zu ermöglichen“ oder „Ziel der Hilfestellung in Form eines Persönlichen Budgets ist es, dem Leistungsberechtigten durch eine möglichst bedarfsorientierte Versorgung ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen“.
- Ausschließlich auf solche übergreifenden Zielformulierungen beschränkt bleiben insgesamt 9 % aller Zielvereinbarungen.
- Drei Viertel der vorliegenden Zielvereinbarungen (77 %) führen individuelle Förder- und Leistungsziele auf. Als solche werden Formulierungen gewertet, die zumindest teilweise den in den Handlungsempfehlungen der BAR vorgeschlagenen Regelungen entsprechen. Hier heißt es:

„Zielvereinbarungen sollen „**SMART**“ und damit

- **spezifisch** (d.h. auf den Einzelfall bezogen, keine Standardfloskeln),
- **messbar** (d.h. keine unverbindlichen/unkonkreten Ziele beschreiben, sondern quantitative bzw. nachweis- und nachprüfbare Parameter benennen),
- **anspruchsvoll** (d.h. keine sich praktisch von selbst einstellenden Ergebnisse oder Selbstverständlichkeiten vereinbaren, sondern vielmehr angemessene fördernde und

fordernde Entwicklungen/Ziele, die auch einen eigenen Einsatz des Budgetnehmers voraussetzen, anstreben und vereinbaren),

- **realistisch** (d.h. die vereinbarten Entwicklungen/Ziele müssen zwar anspruchsvoll, aber unter Zugrundelegung der vorhandenen Rahmenbedingungen persönlicher und objektiver Art auch tatsächlich erreichbar sein) und
- **terminiert** (d.h. feste Zeiträume/-punkte zur Zielerreichung/-überprüfung, auch im Sinne von Zwischenergebnissen, vereinbaren, so dass – in Verbindung mit der Messbarkeit – die gebotene Klarheit für alle Beteiligten hergestellt wird) sein.“ (BAR 2006, 36f.)

Diese Kriterien lassen sich in der Praxis in unterschiedlichem Maße umsetzen: Die Spezifik der Förder- und Leistungsziele wird zunächst dadurch erreicht, dass in den Zielvereinbarungen – implizit oder explizit – auf die Ergebnisse der Bedarfsfeststellung und die dabei vereinbarten Ziele Bezug genommen wird. Der Konkretisierungsgrad variiert dabei jedoch erheblich. Eher abstrakte Formulierungen lauten z.B.: „eine stationäre Unterbringung vermeiden, lebenspraktische Fähigkeiten stabilisieren“. Sehr konkrete Festlegungen beinhalten dagegen Formulierungen wie z.B.: „Der Budgetnehmer fährt alleine mit Stadtbussen von der Werkstatt zum Sport und zum Bahnhof“ oder „Der Budgetnehmer lernt die eigenständige Bewältigung des Haushalts. Dafür nimmt er von März bis Mai 2006 Anleitung in der Haushaltsführung in Anspruch“.

Inwieweit solche Ziele „anspruchsvoll“ und „realistisch“ sind, lässt sich aus der Analyse der Zielvereinbarungen alleine nicht erschließen; dies kann vielmehr nur im Kontext der jeweiligen individuellen Bedarfsfeststellung und Unterstützungsplanung beurteilt werden.

Die Kriterien der „Messbarkeit“ und der „Terminierung“ stellen in der Praxis offenkundig die größten Anforderungen. Ein konkreter Zeitpunkt für die Zielerreichung wird lediglich in 9 % der vorliegenden Zielvereinbarungen genannt. Am ehesten scheinen Terminierungen – bei denen zugleich das Erreichen des Ziels „objektiv“ feststellbar ist – bei eher formalen Vereinbarungen möglich: Dazu zählen z.B. der Abschluss einer beruflichen Bildungsmaßnahme, die Sicherung eines bestehenden Arbeitsverhältnisses (z. B. bei Leistungen der Arbeitsassistenten), die regelmäßige Wahrnehmung therapeutischer Angebote etc. Entsprechende Regelungen können dagegen nicht getroffen werden, wenn es um persönlichkeits- oder handlungsbezogene Kompetenzen geht. Die wenigen Beispiele, die dazu vorliegen, wählen Formulierungen wie z.B.:

„Budgetnehmer hat bis zum 30.9.06 Ziele in folgenden Lebensbereichen umgesetzt:

Alltagsbewältigung:

- Ich kann kleine Mahlzeiten zubereiten.
- Ich wasche meine Wäsche alleine.

Seelische Gesundheit:

- Ich habe eine therapeutische Anbindung.
- Ich kann im Bus sitzen bleiben, auch wenn viele Menschen im Bus sind ...“

Solche detaillierten Zielvereinbarungen hängen offenkundig mit der Qualität der vorherigen Bedarfsklärung zusammen. In dem zitierten Beispiel fand vor der Budgetbewilligung eine sehr eingehende (Lebens-)Beratung des Antragstellers statt, in der auch methodische Ansätze wie Zukunftsplanung u.Ä. eingebettet waren. Die „Ich“-Formulierung in der Zielvereinbarung ist zugleich ein Zeichen dafür, dass in diesem Kontext der eigenständigen persönlichen Definition von Bedarfen und Bedürfnissen große Bedeutung beigemessen wurde. Im Vergleich der analysierten Zielvereinbarungen scheint eine solche Konkretisierung der Förder- und Leistungsziele nur im Kontext entsprechend individueller Beratung mit einem hohen Maß an Partizipation möglich, jedenfalls wenn es um die Entwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie vor allem um persönlichkeitsbildende Aspekte geht. Ohne entsprechende Rahmenbedingungen kann die Umsetzung der geforderten „SMART“-Kriterien zu einer Überforderung der Budgetnehmer/innen führen bzw. sie einem „Entwicklungsdruck“ aussetzen, der in dieser Weise in keinem anderen Bereich der Rehabilitation gegeben ist.

4.4.2 „Nachweis für die Deckung des festgestellten individuellen Bedarfs“

Neben der Ausrichtung der individuellen Förder- und Leistungsziele sieht die Budgetverordnung Regelungen über die „Erforderlichkeit eines Nachweises für die Deckung des festgestellten individuellen Bedarfs“ (§ 4 Abs. 1 BudgetV) vor. Die Handlungsempfehlungen der BAR (2006, 38) präzisieren diese Vorschrift: „Um sicherzustellen, dass mit der Ausführung von Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets die zur Verfügung gestellten Geldleistungen bzw. Gutscheine für die Erreichung der Teilhabeziele des SGB IX verwendet werden, sind Vereinbarungen zwischen den Leistungsträgern und dem Budgetnehmer darüber zu treffen, ob und wie die Nachweiserbringung erfolgen soll. Dabei soll sich der Nachweis auf die Leistung beziehen, nicht auf den Preis.“

In der Praxis der Modellregionen – bzw. den einer Analyse zugänglichen Zielvereinbarungen – wird zumindest die Entscheidung über das „ob“ eines Nachweises relativ eindeutig getroffen: 83 % der Zielvereinbarungen sehen Nachweise vor, 4 % der Zielvereinbarungen verneinen explizit eine Nachweispflicht. In weiteren 13 % der Zielvereinbarungen sind keine Regelungen dazu erkennbar; diese Zielvereinbarungen beinhalten z.T. allgemeine Verpflichtungen zur zweckentsprechenden Verwendung des Budgets, z.T. wird der „Nachweis der Bedarfsdeckung“ inhaltlich interpretiert und es werden dafür regelmäßige Auswertungsgespräche zwischen Leistungsträger und Leistungsberechtigten vereinbart. Eine weitere Variante der Zielvereinbarungen, die keine Regelungen zur Nachweiserbringung beinhalten, betrifft Vereinbarungen mit sog. „Abtretungserklärungen“, d.h. hier wird das Budget (mit Einverständnis des Leistungsberechtigten) vom Leistungsträger direkt an einen festgelegten Leistungserbringer überwiesen.

In den Zielvereinbarungen mit Regelungen zu Verwendungsnachweisen wird fast immer (99 %) auch ein Zeitpunkt der Nachweiserbringung genannt: In 60 % der Zielvereinbarungen wird dazu ein halbjährlicher Abstand genannt, kürzere Zeitabstände in 8 % der Zielvereinbarungen, längere in 11 % der Zielvereinbarungen. Unspezifisch bleiben entsprechende Regelungen in 16 % der Zielvereinbarungen, in denen Verwendungsnachweise „nur auf Verlangen des Leistungsträgers“ vorzulegen sind.

Die Art der vereinbarten Nachweise differiert ebenfalls:

- Die Vorlage von Rechnungen, Quittungen, Überweisungsbelegen, Kontoauszügen etc. wird in 69 % der Zielvereinbarungen vereinbart.
- 7 % der Zielvereinbarungen sehen als Nachweis sog. Entwicklungsberichte der Leistungserbringer und/oder Bilanzierungsgespräche vor.
- In 14 % der Zielvereinbarungen wird auf Einzelbelege verzichtet; hier ist eine schriftliche Bestätigung des Budgetnehmers vorzulegen, dass die Mittel zweckentsprechend verwendet wurden.
- In 9 % der Zielvereinbarungen finden sich keine detaillierten Angaben, sondern nur der Hinweis, dass (Leistungs-)Nachweise zu erbringen sind.

Die in den Ausführungen der BAR (2006) enthaltenen Hinweise, nach denen eher Leistungsvereinbarungen als Nachweis vorzulegen sind, werden zu Gunsten überwiegend recht detaillierter Abrechnungen eher vernachlässigt.

4.4.3 Qualitätssicherung

Der Aspekt der Qualitätssicherung wird in 57 % der vorliegenden Zielvereinbarungen thematisiert; in 43 % der Dokumente werden keine Regelungen getroffen, die unmittelbar dem Thema „Qualitätssicherung“ zugeordnet werden könnten.

Eine Übersicht über die Wege der Qualitätssicherung gibt Tabelle 41:

Art der Qualitätssicherung	Anteil der Zielvereinbarungen (in %)
Keine unmittelbare Regelung	43 %
Qualitätssicherungsgespräch	37 %
Stellungnahme Arzt/Sozialdienst	8 %
Stellungnahme Leistungsanbieter	12 %

Tabelle 41: *Regelungen zur Qualitätssicherung (n=224)*

Die Art der Qualitätssicherung konzentriert sich auf Gespräche zwischen dem beauftragten Leistungsträger und dem/der Budgetnehmer/in: Regelmäßige Gespräche – zumeist im Abstand von sechs Monaten – sind in 37 % der Zielvereinbarungen vorgesehen. Inhaltlich orientieren sich diese Gespräche eher an der Ergebnisqualität der Leistungen. So soll z.B. gemeinsam erörtert werden – so die Formulierung in einer Zielvereinbarung –, „ob und wie die vereinbarten Ziele umgesetzt werden konnten“. Vier der acht Modellregionen ergänzen in ihren Zielvereinbarungen diesen Aspekt der Zielerreichung um das Kriterium der „Nutzerzufriedenheit“. Als Erfolgskriterium des Persönlichen Budgets gilt hier auch die persönliche Zufriedenheit des Budgetnehmers/ der Budgetnehmerin sowohl mit der individuellen Lebenssituation als auch mit den durch das Budget finanzierten Leistungen.

Ein Fünftel der Zielvereinbarungen weist andere Regelungen auf: In 8 % dienen Stellungnahmen des zuständigen Arztes und/oder Sozialdienstes der Qualitätssicherung, in 12 % werden Berichte der Leistungsanbieter einbezogen.

Zielvereinbarungen, in denen auch Leistungen der Pflegeversicherung integriert sind, verpflichten die Budgetnehmer/innen darüber hinaus zu regelmäßigen Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI.

Erweitert werden die unmittelbaren Regelungen zur Qualitätssicherung z.T. durch Vereinbarungen zur Mittelverwendung. Lediglich ein gutes Viertel der Zielvereinbarungen (28 %) enthält keine spezifischen Vorgaben des Mitteleinsatzes; hier wird allenfalls auf die Verpflichtung zum „zweckentsprechenden Einsatz der Budgetmittel“ verwiesen (vgl. Tabelle 42).

Regelungen zur Mittelverwendung	Anteil der Zielvereinbarungen (in %)
Keine/allgemein („zweckentsprechende Verwendung“)	28 %
Festlegung der Qualifikation des Leistungserbringers (ggf. Anteil professionelle – nicht-professionelle Unterstützung, z.T. kombiniert mit frei verwendbaren (Teil-)Pauschalen)	37 %
Konkrete – namentliche – Festlegung des Leistungserbringers	36 %

Tabelle 42: Regelungen zur Mittelverwendung in den Zielvereinbarungen (n=224)

Eine Festlegung der Qualifikation des Leistungserbringers erfolgt in 37 % der Zielvereinbarungen. Hier werden z.B. Verpflichtungen beschrieben, für Leistungen der Eingliederungshilfe Dienste und Einrichtungen in Anspruch zu nehmen, mit denen Leistungsvereinbarungen nach § 75 ff. SGB XII bestehen, oder es werden spezifische Qualifikationen wie z.B. „Sozialpädagoge/Sozialarbeiter“ etc. genannt. Zu diesen Regelungen werden auch Vereinbarungen gerechnet, in denen eine Differenzierung der Unterstützungsleistungen in professionelle und nicht-professionelle Dienstleistungen erfolgt (z.B. 3 Stunden/Woche Betreuung durch Sozialpädagogen, 3 Stunden/Woche Begleitung durch Assistenzpersonen) bzw. in denen Verpflichtungen zum Einsatz professioneller Dienste mit Pauschalen zur freien Verwendung kombiniert werden.

Weitere 36 % der Zielvereinbarungen legen den Leistungserbringer durch namentliche Nennung fest (Name des Dienstes, z.T. Nennung der Unterstützungsperson); in diesen Fällen wird auch am ehesten von dem Instrument der „Abtretungserklärung“ Gebrauch gemacht bzw. es werden zur Qualitätssicherung Stellungnahmen von Ärzten, Sozialdiensten und/oder Leistungserbringern eingeholt. Etwa ein Drittel der Zielvereinbarungen scheinen damit im Rahmen der Qualitätssicherung recht nah an den aus dem Sachleistungsbereich bekannten Regelungen anzusetzen. Auch wenn die namentliche Nennung eines Dienstes z.T. sicher auch auf entsprechende Wünsche der Leistungsberechtigten zurückgeführt werden kann, bleibt fraglich – vor allem wenn sie mit Abtretungserklärungen und „Entwicklungsberichten“ verbunden wird –, inwieweit der Anspruch der Gestaltung von Freiräumen hier realisiert werden kann.

4.4.4 Weitere Regelungsinhalte

Über die gesetzlichen Mindestanforderungen hinausgehend werden in der Mehrzahl der Zielvereinbarungen weitere Regelungen getroffen; im Folgenden sollen nur solche aus-

geführt werden, die sich auf „Beratung und Unterstützung“ sowie den Umgang mit „Budgetresten“ beziehen.

Beratung und Unterstützung („Budgetassistentz“)

Ein Drittel der Zielvereinbarungen (34 %) enthält keine Aussagen zu „Beratung und Unterstützung“.

52 % der ausgewerteten Zielvereinbarungen treffen entsprechende Regelungen, allerdings in überwiegend allgemeiner Form. Formulierungen lauten z.B. „der Budgetnehmer entscheidet selbst und in eigener Verantwortung, durch wen er sich beraten lässt“. Darüber hinaus wird der Hinweis aufgenommen, dass eine Beratung durch Leistungsträger (kostenlos) in Anspruch genommen werden kann oder dass ggf. erforderliche Beratung aus Eigenmitteln bzw. im Rahmen des Budgets finanziert werden muss.

Eine Sonderregelung besteht in Schleswig-Holstein durch die Verknüpfung mit dem Projekt careNETZ; alle Zielvereinbarungen enthalten den Hinweis, dass careNETZ auch eine entsprechende Beratung anbietet, ohne dafür zusätzliche Kosten in Rechnung zu stellen.

In drei der einbezogenen Zielvereinbarungen (1 %) wird darauf verwiesen, dass für den bestehenden Beratungsbedarf eine dafür bestimmte Vergütung zur Verfügung gestellt wird (vgl. dazu auch Kap. 5.1).

Verwendung von „Budgetresten“

Im Rahmen der Modellerprobung trägerübergreifender Persönlicher Budgets stellt die Frage, in welcher Weise mit „überschüssigen“ Budgetmitteln zu verfahren sei, ein relevantes Praxisproblem dar. Entsprechend sehen vier der acht Modellregionen in ihren Zielvereinbarungen auch Regelungen dazu vor; jeweils zur Hälfte werden dabei folgende Bestimmungen festgehalten:

- „Überschüssige“ Budgetmittel müssen nach Ablauf der Zielvereinbarung zurückgezahlt werden bzw. werden mit künftigen Zahlungen verrechnet.
- „Überschüssige“ Budgetmittel dürfen zweckentsprechend verwendet werden bzw. Budgetmittel dürfen zur Erreichung der vereinbarten Ziele angespart werden.

Zum Teil werden diese generellen Regelungen ergänzt um einzelfallspezifische Absprachen, die z.B. von der Höhe des überschüssigen Budgetbetrags abhängig gemacht werden.

Insgesamt kann diese Frage auch mit solchen Vereinbarungen als nicht (vollständig) gelöst angesehen werden. Während z.B. in den Niederlanden und Schweden eine Rückzahlung nicht verbrauchter Budgetmittel nach Ablauf eines Jahres einheitlich geregelt ist, scheinen entsprechende Verfahrenswege im Kontext des deutschen Sozialrechts, insbesondere im Sozialhilferecht nicht ohne weiteres möglich zu sein. In den Experteninterviews mit den Leistungsträgern (vgl. Kap. 2.4.3) werden zu diesem Aspekt teilweise konträre Auffassungen vertreten: Ein Teil der Befragten ist der Ansicht, dass man „Budgetreste nicht so einfach zurückfordern könne, dann müsse der Ursprungsbescheid aufgehoben werden“ (Vertreter eines Sozialhilfeträgers), ein anderer Teil meint, dass Leistungsberechtigte, die Sozialhilfeleistungen beziehen, Änderungen in ihren Verhältnissen (und dazu werden auch Änderungen des Bedarfs gerechnet) dem Sozialhilfeträger mitteilen müssen; „in solchen Fällen ist auch eine Rückforderung möglich“ (Vertreter eines Sozialhilfeträgers).

Nur teilweise bedacht wird dabei jedoch, dass Budgetüberschüsse aus unterschiedlichen Gründen entstehen können; neben Änderungen in der Bedarfssituation (insbesondere Verringerung des Unterstützungsbedarfs) können besonders wirtschaftliches Verhalten ebenso eine Rolle spielen wie das bewusste Zurücklegen von Budgetanteilen („Ansparen“), um in Situationen erhöhten Bedarfs auf finanzielle Reserven zurückgreifen zu können.

4.5 Diskussion und Fazit

Im Rahmen des Modellprojekts „Trägerübergreifendes Persönliches Budgets“ konnten in den beteiligten Modellregionen vielfältige und detaillierte Erfahrungen zu den Anforderungen, die sich für Verwaltungshandeln stellen, gewonnen werden. Diese betreffen Fragen des quantitativen Verwaltungsaufwands ebenso wie inhaltliche Aspekte, die Hinweise zu den erforderlichen Informationen und Kompetenzen der beteiligten Leistungsträger bzw. ihrer Sachbearbeiter/innen geben.

Die oben dargestellten Auswertungsergebnisse sollen abschließend vor allem in Hinblick auf die eingangs formulierten Bewertungskriterien diskutiert werden; dazu zählen

- die Zügigkeit des Verfahrens,
- die kooperative Leistungsbewilligung und -gestaltung,
- die Partizipation der Leistungsberechtigten sowie
- die auf den Einzelfall abgestimmte Bedarfsfeststellung.

Zügigkeit des Verfahrens

Zu den zentralen Erfahrungen der Modellprojekte zählt die Feststellung, dass die Bearbeitungsdauer von Budgetanträgen – auch unter „Modellbedingungen“ – den Anforderungen des § 14 SGB IX nur bedingt entspricht. Der durchschnittliche Bearbeitungszeitraum beträgt etwas mehr als drei Monate; auch wenn diese Bearbeitungsdauern im Projektverlauf teilweise deutlich gesenkt werden konnten, wird die zeitliche Vorgabe „maximal elf Wochen (bei trägerübergreifender Gestaltung)“ (vgl. WELTI, RUMMEL 2007) in der Mehrzahl der Antragsbearbeitungen nicht erreicht.

Abgesehen davon, dass die langen Wartezeiten bis zu einer Leistungszusage (oder Ablehnung) insbesondere für Leistungsberechtigte, die erstmals eine Unterstützung beantragen, als schwierig einzuschätzen sind, schmälern lange Verfahrensdauern die Attraktivität des Angebots „Persönliches Budget“. Wie weiter unten zu zeigen sein wird, kann eine Verkürzung der Verfahrensdauer insbesondere von vereinfachten und einheitlichen Regeln der Bedarfsfeststellung bzw. insbesondere der Budgetbemessung erwartet werden.

Kooperation in der Leistungsbewilligung und -gestaltung

Eine tatsächlich trägerübergreifende Kooperation im Verfahren ist nur in Ausnahmefällen zu beobachten. Selbst in den Modellregionen, in denen alle relevanten Leistungsträger an der Klärung der Rahmenbedingungen der Modellgestaltung und der Verfahrenswege beteiligt waren (z.B. in den regionalen Arbeitsgruppen), besteht ein geringes Maß an einzelfallbezogener Kooperation. Zum Teil lässt sich die Zurückhaltung mancher Leistungsträger mit sehr eng definierten „Leistungskatalogen“ in Verbindung bringen; zum Teil ist

aber auch davon auszugehen, dass die Barrieren, die der Gestaltung von „Komplexleistungen“ im Sachleistungsbereich entgegenstehen, durch den Ansatz des Persönlichen Budgets allein nicht ohne weiteres aufgehoben werden. Das Anliegen trägerübergreifender Kooperation wird daher in allen Bereichen weiter zu verfolgen sein; Voraussetzungen dafür sind die (weitere) gegenseitige Information und Abstimmung der jeweiligen Verwaltungsverfahren ebenso wie eine Verständigung über gemeinsame Bedarfsfeststellungen.

In einzelnen Leistungsgesetzen sind darüber hinaus rechtliche Anpassungen erforderlich; dies betrifft vor allem das SGB XI: Die in der Pflegeversicherung vorgesehenen Möglichkeiten, Leistungen in ein Persönliches Budget einzubeziehen, erweisen sich als nicht ausreichend bzw. als den Bedarfslagen der Budgetnehmer/innen nicht angemessen.

Partizipation der Leistungsberechtigten

Das Persönliche Budget führt zu einer Veränderung der leistungsrechtlichen Beziehungen; an Stelle des „leistungsrechtlichen Dreiecks“ tritt ein Verständigungsprozess, den Leistungsberechtigte und Leistungsträger gemeinsam gestalten (müssen). Das Persönliche Budget setzt die Partizipation der Menschen mit Behinderung in vielen Etappen des Verwaltungsverfahrens (insbesondere bei der Bedarfsfeststellung) voraus; gleichzeitig fördert es diese Partizipation, indem vor allem das Wunsch- und Wahlrecht differenzierter wahrgenommen werden kann.

Im Verlauf des Modellprojektes ist es weitestgehend gelungen – dies zeigen die Auswertungsdaten der inhaltlichen Aspekte des Verwaltungshandelns –, eine solche Partizipation sicherzustellen. Als begünstigende Rahmenbedingungen können dabei zum Beispiel neue oder erweiterte Möglichkeiten der Antragstellung (insbesondere die Möglichkeit alltagssprachlicher Formulierungen des Bedarfs z.B. über sog. „Selbstauskünfte“), aber auch entsprechende Beratungsstrukturen (z.B. careNetz, InDiPro) identifiziert werden, die Leistungsberechtigte in der Klärung ihres Bedarfs und ihrer Ziele und Wünsche, im Umgang mit formalen Anforderungen und in der Vorbereitung des Bedarfsfeststellungsverfahrens unterstützen. Als eher kritisch bzw. nur in Teilen gelingend ist hingegen die Partizipation der Leistungsberechtigten einzuschätzen, wenn im Verwaltungsverfahren die im Sachleistungsbereich bestehenden Regelungen allzu nahtlos übernommen werden. Vereinzelt konnten im Projektverlauf Konstellationen beobachtet werden, die Partizipation ausschließen; dazu zählen Verfahren, in denen Leistungserbringer den individuellen Bedarf feststellen, das Persönliche Budget (im Namen des Leistungsberechtigten) beantragen und sich das bewilligte Budget über eine „Abtretungserklärung“ in voller Höhe überweisen lassen. Es handelt sich hier um individualisierte Sachleistungen, die als solche in Einzelsituationen durchaus positiv bewertet werden können. Solche Verfahrenswege sollten aber nicht mit dem Begriff des Persönlichen Budgets belegt werden, da sie dessen Grundanliegen – Selbstbestimmung und Eröffnung von Wahlmöglichkeiten – nur sehr bedingt entsprechen.

Bedarfsfeststellung und Budgetbemessung

Für die Umsetzung der Kernprozesse im Rahmen Persönlicher Budgets – der Bedarfsfeststellung und Budgetbemessung – setzen alle Modellregionen an den jeweils bereits verfügbaren Verfahren und Instrumenten an. Dieser Weg ist vor allem in der Einführungsphase ausgesprochen positiv zu bewerten; mit dieser Entscheidung ist gewährleistet, dass überhaupt erst Praxiserfahrungen gewonnen werden können, auf deren Grundlage ggf. erforderliche Weiterentwicklungen stattfinden können.

Grundlage der Bedarfsfeststellung (im Bereich der Sozialhilfe) sind damit eingeführte Verfahren wie der IBRP der Aktion Psychisch Kranke, das HMB-Verfahren sowie Instrumente zur Individuellen Hilfeplanung. Diese wurden jeweils – soweit erforderlich – für die Anforderungen des Persönlichen Budgets modifiziert; dazu zählt vor allem der Verzicht auf eine Bedarfsgruppenbildung (außer in Sachsen-Anhalt), die durch Feststellungen des individuellen Bedarfs (vorwiegend in Stunden/Woche) ersetzt wurde. Daran lässt sich eine Bemessung des Budgets in der Regel nahtlos anschließen; Voraussetzung ist lediglich, dass die erforderlichen Unterstützungszeiten monetär bewertet werden (z.B. durch Fachleistungsstunden oder Honorarsätze).

Insgesamt dominieren in den Modellregionen ausgesprochen individuelle Budgetkalkulationen. Übergeordnet definierte Bemessungsregelungen werden dabei einzelfallspezifisch um weitere Leistungen vielfach ergänzt.

Vorteile dieser Herangehensweise liegen sicherlich darin, dass der Budgetbemessung tatsächlich personenbezogene Verfahren zugrunde gelegt werden; es sind damit Lösungen möglich, die der spezifischen Lebenssituation und den Wünschen und Bedürfnissen der Leistungsberechtigten in hohem Maße gerecht werden.

Als eher nachteilig hingegen ist zum einen einzuschätzen, dass diese Ansätze nur bedingt transparent sind; insbesondere im Blick auf die Gewinnung von Budgetnehmer/innen können fehlende Aussagen dazu, mit welcher Budgethöhe zu rechnen ist, einschränkend wirken.

Zum anderen sind diese differenzierten und individuellen Budgetkalkulationen stets nur in Verbindung mit der Festlegung spezifischer Unterstützungssettings – an die in der Regel auch die Nachweisführung gebunden ist – möglich. Sie führen konsequent zu Zielvereinbarungen, die nur geringe bis gar keine Spielräume der Budgetnutzung ermöglichen. Am deutlichsten wird dies in den Zielvereinbarungen, die über die Benennung des konkreten zeitlichen Unterstützungsbedarfs hinaus auch bereits die zu nutzenden Dienste und Einrichtungen (zum Teil namentlich) auflisten. Änderungen in den gewünschten und erforderlichen Betreuungs- und Teilhabeleistungen müssen entsprechend bereits während der Laufzeit von Zielvereinbarungen zwischen Leistungsträgern und Leistungsberechtigten erneut abgeklärt werden.

Des Weiteren ist zu bedenken, dass diese Verfahrensweisen den Verwaltungsaufwand deutlich erhöhen; einzelfallbezogene Entscheidungen setzen in der Regel eine ganze Reihe verwaltungsinterner Diskussionen und Abstimmungsprozesse voraus.

In Auswertung dieser Erfahrungen diskutieren einzelne Modellregionen eine Weiterentwicklung sowohl der Bedarfsfeststellung als auch der Budgetbemessung. Als Bezugspunkt gilt dabei zum einen die Orientierung an den im Rahmen der ICF beschriebenen Teilhabebereichen; zum anderen soll insbesondere die Definition differenzierter (Teil-)Pauschalen einerseits Verwaltungshandeln vereinfachen, zum anderen die Spielräume in der Budgetnutzung erhöhen. Solche Konzeptionen sollten aufgegriffen und von allen Beteiligten – auch über die Modellregionen hinaus – diskutiert werden. Sie bieten auch Ansatzpunkte, zu einheitlicheren Bedarfsfeststellungs- und Budgetbemessungsverfahren (zumindest auf Länderebene) zu gelangen; zudem bietet eine Verständigung auf das Konzept der ICF am ehesten die Chance, trägerübergreifend Bedarfslagen in den Blick nehmen zu können.

5 Budgetberatung und -unterstützung („Budgetassistentz“)

Das Persönliche Budget ist einerseits auf die Deckung der individuellen Unterstützungsbedarfe eines Budgetnehmers gerichtet, andererseits kann das Persönliche Budget auch einen eigenen Bedarf an Information, Beratung und Unterstützung begründen. Sowohl im Vorfeld der Inanspruchnahme, im Bewilligungsverfahren als auch bei der Verwendung der Gelder ist das Persönliche Budget mit vielfältigen Aufgaben und Anforderungen verbunden, z.B.: die Grundidee des Persönlichen Budgets nachzuvollziehen, Wünsche und Bedürfnisse zu formulieren, eine Entscheidung für oder gegen das Persönliche Budget zu treffen, eine Zielvereinbarung mit dem Leistungsträger sowie Verträge mit Leistungsanbietern abzuschließen, ggf. Assistenten anzustellen, Geld zu verwalten und Rechnungen zu begleichen, die Verwendung der Mittel zu dokumentieren etc. Es stellt sich somit die Frage, inwieweit die Budgetnehmer/innen bei der Bewältigung dieser Aufgaben auf Unterstützung angewiesen sind und wer ggf. diese Unterstützung leistet.

5.1 Bedarf an Budgetberatung und -unterstützung

Bedarf an Budgetunterstützung aus Sicht der Leistungsträger

Erste Hinweise auf budgetbezogene Beratungs- und Unterstützungsbedarfe liefert das Dokumentationsformular für den beauftragten Leistungsträger (vgl. Kap. 2.4.1), in dem die Frage enthalten ist, ob der/die Budgetnehmer/in Unterstützung bei der Verwaltung des Persönlichen Budgets benötigt und (wenn ja) ob diese Unterstützung entgeltlicher Bestandteil des Budgets ist.

Nach Auskunft der Leistungsträger benötigen ca. 45 % der Budgetnehmer/innen (187 von 418 Personen²⁸) Unterstützung bei der Verwaltung und Verwendung des Persönlichen Budgets. Nur in seltenen Fällen (bei 13 Personen) wird vom Leistungsträger ein gesonderter Betrag als Bestandteil des Persönlichen Budgets zur Deckung dieses Bedarfs ausgewiesen. Diese 13 Fälle verteilen sich auf fünf Modellregionen (Berlin, Mittelfranken, Trier, Trier-Saarburg und Sachsen-Anhalt). Der gewährte entgeltliche Bestandteil für die Budgetassistentz variiert erheblich und erstreckt sich von 10 Euro bis hin zu 600 Euro pro Monat (im Durchschnitt 155 Euro). Die hohe Varianz relativiert sich jedoch, wenn man diesen Anteil in Relation zur Gesamtsumme des jeweiligen monatlichen Persönlichen Budgets setzt, da bei höheren Budgetsummen auch tendenziell ein höheres Entgelt für die Budgetassistentz bewilligt wird. So bezieht sich z.B. der höchste Betrag von 600 Euro auf den Budgetnehmer mit dem höchsten Persönlichen Budget überhaupt (über 13.000 Euro monatlich). Gemessen an der Gesamtsumme des jeweiligen monatlichen Persönlichen Budgets variiert der prozentuale Anteil für die Budgetassistentz zwischen 1 % und 10 % (durchschnittlich 6%).

Unter den Personen mit einem Unterstützungsbedarf bei der Budgetverwaltung (n=187) sind vor allem Menschen mit geistiger Behinderung (45 %) und Menschen mit psychischer Erkrankung (41 %) zu finden, zu 10% Menschen mit Körperbehinderung und zu 4 % Personen mit sonstigen Behinderungen. Vergleicht man diese Verteilung mit der Gruppe derjenigen

²⁸ Bei 76 Budgetnehmer/innen fehlen entsprechende Angaben.

Personen, die aus Leistungsträgersicht keinen budgetbezogenen Unterstützungsbedarf aufweisen, so fällt auf, dass erwartungsgemäß Menschen mit geistiger Behinderung unter den Personen mit budgetbezogenem Unterstützungsbedarf stärker repräsentiert sind (Unterschied von 25 Prozentpunkten) und Menschen mit Körperbehinderung prozentual weniger ins Gewicht fallen (Unterschied von 13 Prozentpunkten) (vgl. Tabelle 43).

Vorrangige Behinderung	mit budgetbezogenem Unterstützungsbedarf (n=187)	ohne budgetbezogenen Unterstützungsbedarf (n=231)
geistige Behinderung	45%	20%
psychische Erkrankung	41%	49%
Körperbehinderung	10%	23%
Sonstige Behinderung	4%	8%

Tabelle 43: Personen mit budgetbezogenem Unterstützungsbedarf nach Behinderungsart (in %) in den Modellregionen (n=418)

Die dokumentierten Budgets außerhalb der Modellregionen bestätigen diesen Trend: Gut die Hälfte aller Budgetnehmer/innen (169 von 336 Personen²⁹) benötigen Unterstützung bei der Verwaltung und Verwendung des Persönlichen Budgets; bei wiederum 13 Budgetnehmer/innen ist diese Unterstützung ein gesondert ausgewiesener Bestandteil des Budgets. Miteingerechnet wird diese Budgetassistentz insbesondere in Baden-Württemberg (in 8 Fällen) und Rheinland-Pfalz (in 4 Fällen). Die entsprechenden Leistungen betragen zwischen 10 Euro und 269 Euro, im Durchschnitt werden 75 Euro veranschlagt. Auch hier zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der Höhe des jeweils bewilligten Budgets und der Höhe des Betrags für Budgetassistentz.

Analog zur Verteilung in den Modellregionen wird auch in den Regionen außerhalb der Modellprojekte vor allem Menschen mit geistiger Behinderung ein Unterstützungsbedarf bei der Verwaltung und Verwendung des Budgets von den Leistungsträgern zugeschrieben (vgl. Tabelle 44).

Vorrangige Behinderung	mit budgetbezogenem Unterstützungsbedarf (n=187)	ohne budgetbezogenen Unterstützungsbedarf (n=231)
geistige Behinderung	46 %	24 %
psychische Erkrankung	34 %	41 %
Körperbehinderung	18 %	22 %
Sonstige Behinderung	2 %	13 %

Tabelle 44: Personen mit budgetbezogenem Unterstützungsbedarf nach Behinderungsart (in %) in den Regionen außerhalb der Modellprojekte (n=334)

²⁹ In 17 Fällen fehlen die Angaben.

In den Experteninterviews mit den Leistungsträgern (vgl. Kap. 2.4.3) wird deutlich, dass alle Leistungsträger die Verfügbarkeit einer „Budgetassistentenz“ für bestimmte Zielgruppen (insbesondere Menschen mit geistiger Behinderung) als unverzichtbar ansehen. Bei der Frage, wer diese Unterstützung leisten soll und wie diese zu finanzieren ist, herrscht hingegen Meinungsverschiedenheit: Während einige Leistungsträger die Budgetberatung und -unterstützung als eine Aufgabe der gesetzlichen Betreuung wahrnehmen oder auf die Möglichkeit der Beratung durch Leistungsanbieter verweisen, wird von anderen Leistungsträgern gerade eine Budgetberatung durch Leistungsanbieter aufgrund der fehlenden Unabhängigkeit kritisch betrachtet und die Anbindung an Beratungsstellen von Selbsthilfevereinigungen favorisiert.

Zudem wird der budgetbezogene Unterstützungsbedarf von Vertretern einzelner Modellregionen, die mit sog. „Abtretungserklärungen“ arbeiten, als ein Grund dafür angeführt, dass das Persönliche Budget direkt (ohne Beteiligung des Leistungsberechtigten) vom Leistungsträger zum Leistungsanbieter abgeführt wird: *„Es drückt sich ja letztendlich auch in den Zahlen aus, was an Leistungserbringer gezahlt wird und was an die Personen selbst gezahlt wird. Wenn ich das hinterfrage, warum sind die Zahlen so hoch, dass der Träger sowieso so und so viel Leute direkt abrechnet mit dem Kostenträger, dann weist das darauf hin, dass die Personen nicht motiviert sind, nicht in der Lage sind, so was alleine in die Hand zu nehmen“* (Aussage eines Moderators einer Hilfeplankonferenz; örtlicher Sozialhilfeträger).

Diejenigen Regionen, die bislang noch in keinem Fall ein gesondertes Entgelt für Leistungen der „Budgetassistentenz“ bewilligt haben, nennen als Gründe, dass bisher in keinem Fall solcher Bedarf seitens der Leistungsberechtigten geltend gemacht wurde bzw. bestehende oder neu entstandene Beratungsangebote (die für die Budgetnehmer/innen kostenlos sind) den individuellen Bedarf an Budgetberatung und -unterstützung decken. Ein anderer Sozialhilfeträger führt darüber hinaus an, dass bei der Bemessung des Persönlichen Budgets ein Teilbetrag (50 Euro) pauschal bewilligt werde (ohne Notwendigkeit eines Verwendungsnachweises), der bei Bedarf durchaus für die Bezahlung der „Budgetassistentenz“ eingesetzt werden könne.

Von einigen Leistungsträgern werden grundsätzliche Schwierigkeiten genannt, die mit der Finanzierung der Budgetassistentenz einhergehen, z.B. dass eine Finanzierung im Einzelfall unproblematisch, aber bei größeren Fallzahlen aufgrund des Kostendrucks unrealistisch sei oder Probleme entstehen, wenn der „Deckel der vergleichbaren Sachleistung“ erreicht werde. Hierzu wird angemerkt, dass in einigen Fällen unklar sei, was als vergleichbare Sachleistung gelten soll (z.B. ambulant betreutes oder stationäres Wohnen bei Neuanträgen); dies berge die Gefahr einer Ungleichbehandlung der Leistungsberechtigten. Gerade bezüglich der Frage der Finanzierung von Budgetassistentenz wird vielfach ein rechtlicher Klärungsbedarf gesehen: *„Wenn es gewünscht ist, dass Budgetassistentenz Teil eines Budgets ist, müsste der Bundesgesetzgeber das deutlicher beschreiben“* (Aussage eines Koordinators für Eingliederungshilfe; örtlicher Sozialhilfeträger).

Bedarf an Budgetunterstützung aus Sicht der Budgetnehmer/innen

Weitere Hinweise auf Beratungs- und Unterstützungsbedarfe im Kontext des Persönlichen Budgets ergeben sich durch die Befragungen der Budgetnehmer/innen bzw. ihres sozialen Umfelds (n=196). Zunächst einmal lässt sich auf Basis der Befragungsergebnisse abschätzen, dass einige Budgetnehmer/innen generell keine oder nur geringfügige Vorstellungen vom Persönlichen Budget besitzen oder gar nicht wissen, dass ihre Hilfen über ein Persönli-

ches Budget organisiert werden. Dies ist etwa bei einem Viertel der Budgetnehmer/innen (n=53) der Fall. Darunter finden sich zum einen Kinder (unter 14 Jahren), bei denen in der Regel die Eltern oder andere Angehörige eine stellvertretende Funktion übernehmen, sowie zu einem relativ großen Anteil Personen mit geistiger Behinderung und/oder gesetzlicher Betreuung. Es ist anzunehmen, dass diese Personengruppen sowohl im Bewilligungsverfahren als auch bei der Budgetplanung und -verwendung in besonderem Maße auf Unterstützung durch andere angewiesen sind bzw. teilweise durch andere Personen vertreten werden. Dafür spricht auch, dass in einigen Fällen das Budget an die gesetzliche Betreuung überwiesen wird (n=10) bzw. der Leistungsträger das Geld direkt an die Leistungserbringer abführt (n=14), so dass sich die Frage nach einer Unterstützung bei der Budgetverwaltung und -verwendung für diese Budgetnehmer/innen gar nicht erst stellt.

Zufriedenheit mit der Erstinformation und -beratung

Da das Persönliche Budget eine neue Leistungsform ist, die den meisten Leistungsberechtigten nach wie vor wenig bekannt ist, ist von einem hohen Informations- und Beratungsbedarf im Vorfeld der Budgetbeantragung sowie im Antrags- und Bewilligungsverfahren selbst auszugehen. Abbildung 40 gibt Aufschluss darüber, von welchen Personen/Institutionen die Budgetnehmer/innen zuerst über das Persönliche Budget informiert wurden.

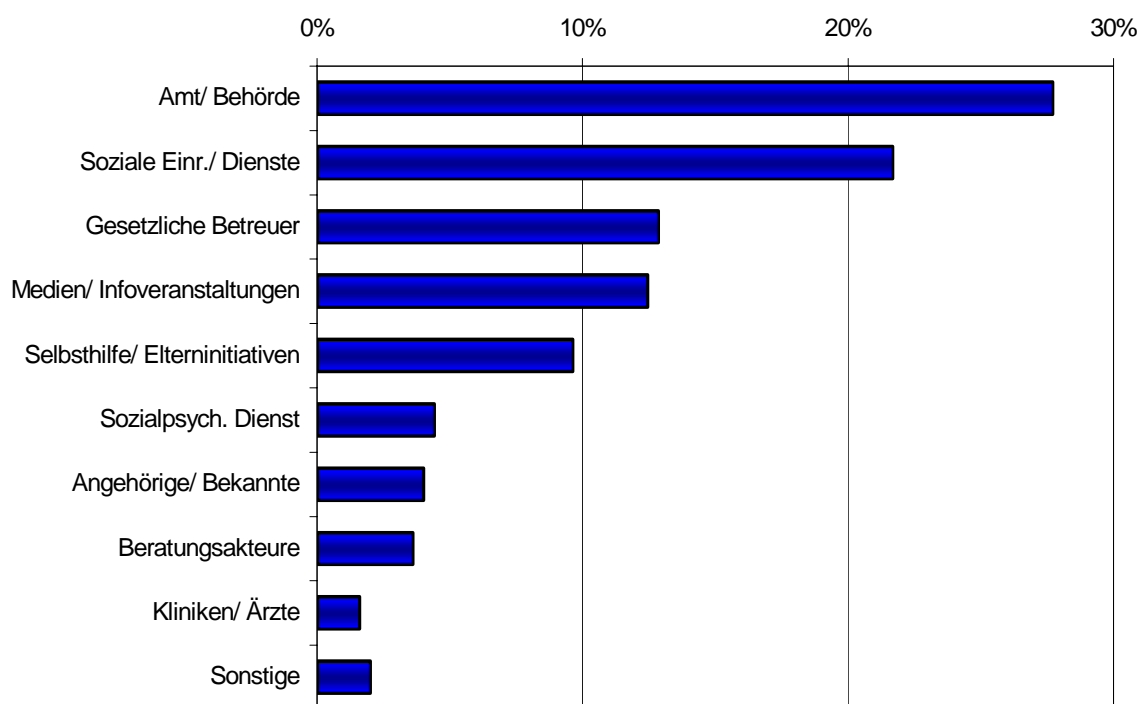


Abbildung 40: Erstinformation der Budgetnehmer/innen (Mehrfachnennungen möglich; n=249; Angaben in % der Nennungen)

Deutlich zu erkennen ist, dass die Budgetnehmer/innen relevante Erstinformationen zumeist von Ämtern und Behörden erhielten (28 %, hiervon überwiegend von Sozialhilfeträgern), gefolgt von Mitarbeiter/innen sozialer Einrichtungen und Dienste (22 %). Ferner spielen noch gesetzliche Betreuer/innen (13 %), Medien (z.B. Zeitung, Fachartikel, Internet usw.) und Informationsveranstaltungen (zusammen 12%) sowie Selbsthilfeorganisationen und Interessensvertretungen (10 %) eine gewisse Rolle.

In den Interviews wurden die Budgetnehmer/innen (bzw. deren soziales Umfeld) danach gefragt, ob sie in der Anfangsphase eine zufrieden stellende Beratung erhalten haben. Insgesamt ist eine weitgehende Zufriedenheit mit der Erstinformation und -beratung festzustellen: 62 % aller Befragten geben an, sich gut informiert und beraten gefühlt zu haben, 26 % äußern eingeschränkte Zufriedenheit („teils, teils“) und 11 % fühlten sich nicht gut informiert und beraten.

Wenn man die Zufriedenheit mit der Beratung in Abhängigkeit von der Stelle betrachtet, welche die Erstinformation geleistet hat, so fällt auf, dass in der Tendenz die höchste Zufriedenheit hinsichtlich der Information und Beratung durch unabhängige Beratungsstellen (z.B. „careNETZ“, „InDiPro“) und Selbsthilfeorganisationen zu erkennen ist. Des Weiteren sind unterschiedliche Zufriedenheitsausprägungen der Budgetnehmer/innen in Abhängigkeit von der jeweiligen Modellregion (bzw. vom Bundesland) zu beobachten (vgl. Abbildung 41).

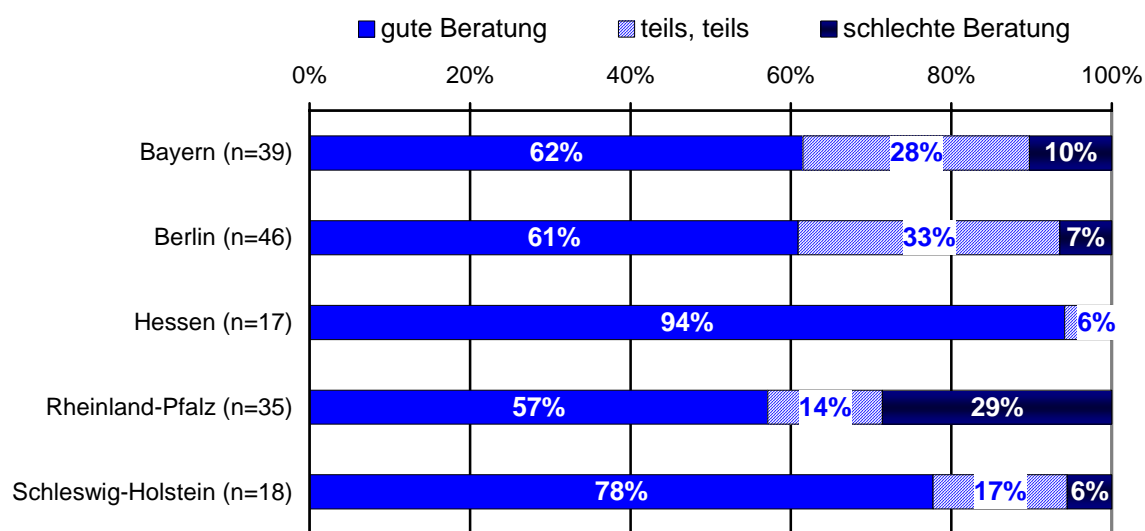


Abbildung 41: Zufriedenheit mit der Erstinformation und -beratung nach Modellregionen (n=187; Angaben in % der Befragten in den jeweiligen Regionen)³⁰

So treten insbesondere die Bundesländer Hessen und Schleswig-Holstein mit einem hohen prozentualen Anteil an Personen, die sich mit der Erstberatung zufrieden zeigen, deutlich hervor (94 % bzw. 78 %). Bezüglich Rheinland-Pfalz fällt ein relativ hoher Anteil Unzufriedener (29 %) auf.

Die Gründe für die Unzufriedenheit der Befragten sind vielfältig: Die Angaben beziehen sich zum einen auf allgemeine Informationsdefizite und darauf, dass einzelne Leistungsträger und Sachbearbeiter selbst über das Persönliche Budget wenig bzw. sogar falsch informiert seien (aus der Sicht der Betroffenen), so dass auch keine kompetente Beratung möglich gewesen sei. Ebenfalls häufig wurde genannt, dass die Antragsteller/innen gerne detailliertere Informationen gehabt hätten in Bezug auf die Form der Antragstellung, Verwendungsmöglichkeiten, Laufzeit der Zielvereinbarung, spezifische Regelungen im Arbeitgebermodell. Andere Gründe für die geäußerte Unzufriedenheit betreffen die fehlenden Möglichkeiten zum Austausch mit anderen Betroffenen (zum Einholen von „Erfahrungswerten“). Ein Budgetnehmer

³⁰ In dieser Auswertung werden Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt und Thüringen aufgrund der geringen Fallzahlen nicht berücksichtigt.

hat die Erstberatung durch einen Arzt eher als ein „Anraten“ oder eine „Drohung“ empfunden: *„Der Arzt stellte mich vor die Alternative: entweder Persönliches Budget oder gesetzliche Betreuung“*.

Beratungsbedarf während des Budgetbezugs

Neben der Frage, inwiefern sich die Antragsteller/innen in der Anfangsphase gut informiert und beraten fühlten, wurde zusätzlich abgefragt, ob zu einem späteren Zeitpunkt Situationen eintraten, in denen weitere budgetbezogene Beratung und Unterstützung vonnöten war (z.B. aufgrund von aufgetretenen Problemen während des Budgetbezugs).

Etwa ein Drittel der Befragten gibt an, während des Budgetbezugs Situationen mit Beratungsbedarf erlebt zu haben. Die jeweiligen Gründe und Inhalte sind recht vielfältig und betreffen überwiegend konkrete Aspekte der Budgetumsetzung. Tabelle 45 führt exemplarische Antworten der Befragten auf.

Als Gründe für einen entstandenen Beratungsbedarf werden relativ häufig Unsicherheiten genannt, die mit Möglichkeiten und Grenzen der Budgetverwendung zusammenhängen. Daneben spielen Fragen zur Budgetabrechnung sowie steuer- und versicherungsrechtliche Unklarheiten eine Rolle. Weitere Situationen, in denen die Budgetnehmer/innen Beratungsbedarf hatten, sind auf Probleme mit Leistungsanbietern zurückzuführen (z.B. Unzufriedenheit mit der Leistungserbringung, Probleme bei der Rekrutierung von geeigneten Assistenten). Schließlich werden Fragen bezüglich des Antrags- und (Weiter-) Bewilligungsverfahrens, der Regelungen hinsichtlich Verwendungsnachweise sowie der Budgethöhe und -anpassung als Gründe für die Suche nach weiterer Information und Beratung aufgeführt.

Beratungsbedarf	Beispiele
Unsicherheit bezüglich der Budgetverwendung (n=9)	<p>„zu Anfang war unklar, was für Dinge in Frage kommen, kompliziert und stressig“</p> <p>„Was gehört zum Persönlichen Budget (können auch Zeitschriften oder Eintrittskarten davon gezahlt werden)?“</p> <p>„unsicher, für was das Budget bzw. Budgetreste eingesetzt werden dürfen“</p> <p>„große Ängste, ob das Budget richtig eingesetzt wird“</p>
Fragen der Budgetabrechnung, Steuer- und Versicherungsrecht (n=9)	<p>„wegen Lohnabrechnungen“</p> <p>„Es ist schon schwer, die Übersicht bei der Kontoführung zu behalten. Habe ein zweites Konto eröffnet.“</p> <p>„Unfallversicherung für Honorarkräfte: Unklarheiten, die bis zum jetzigen Zeitpunkt nicht geklärt werden konnten“</p> <p>„Steuerberatung bei Arbeitgebermodell (Anstellungsfragen)“</p>
Fragen/ Probleme bezüglich Leistungserbringer (n=7)	<p>„Konflikte mit Personen, die Leistung erbringen“</p> <p>„Ich war mit den Leistungen des Betreuers nicht zufrieden und suchte Hilfe beim Kreis“</p> <p>„Eine Reinigungskraft musste gekündigt werden, da sie mehr arbeitete als vereinbart und entsprechend mehr Lohn verlangte“</p> <p>„Adressen einholen von Haushaltshilfen, damit man geeignete Kräfte findet“</p>
Fragen bezüglich des Antrags-/ (Weiter-)Bewilligungsverfahrens (n=6)	<p>„Schwierigkeiten, wer zuständig ist (Sozialamt oder Jugendamt)“</p> <p>„Vorbereitung zur Fallbesprechung“</p> <p>„Beantragungsverfahren, Weiterbewilligung, Gesamtplankonferenz“</p> <p>„Bescheid zum Persönlichen Budget nicht ganz verstanden, zuständige Stelle angerufen und erklären lassen“</p>
Fragen bezüglich Verwendungsnachweisen (n=5)	<p>„Probleme mit Rechnungen“</p> <p>„Abrechnung mit dem Träger und Abstimmungsprobleme“</p> <p>„Berichterstattungen im Sozialamt über die Verwendung des Persönlichen Budgets“</p>
Fragen bezüglich der Budgethöhe, -anpassung (n=4)	<p>„Wusste nicht genau, wie viel Geld das Budget ist“</p> <p>„Persönliches Budget reichte nicht aus, Anruf beim Sozialamt wegen Geld“</p>
Sonstiges (n=6)	<p>„Korrespondenz mit Ämtern“</p> <p>„Klinikaufenthalt – wie umgehen mit dem Persönlichen Budget, Meldung an Kostenträger“</p>

Tabelle 45: Situationen des Beratungsbedarfs während des Budgetbezugs (n=64)

Im Rahmen der Wiederholungsbefragung (zwischen drei und sechs Monate nach der Erstbefragung) wurden die Budgetnehmer/innen erneut danach gefragt, ob sie (nochmals) Beratung oder (weiterführende) Informationen benötigt haben. Von insgesamt 70 Befragten gibt ein Anteil von 37 % (n=26) einen Beratungsbedarf an. Es handelt sich dabei zur Hälfte um

Personen, die bereits in der Erstbefragung angaben, Beratung benötigt zu haben; die erneute Angabe deutet darauf hin, dass der Beratungsbedarf nicht in alle Fällen gedeckt werden konnte. In der Wiederholungsbefragung wurde explizit danach gefragt, inwiefern die Budgetnehmer/innen Beratung und Unterstützung erhalten haben und ggf. von welchen Personen bzw. Stellen.

Von 26 Budgetnehmer/innen mit Beratungsbedarf geben 21 Personen (81 %) an, die notwendige Beratung bzw. Unterstützung auch erhalten zu haben, und zwar von Selbsthilfeorganisationen (n=9), Ämtern und Behörden (n=6), Mitarbeiter/innen sozialer Dienste und Einrichtungen (n=5), gesetzlichen Betreuer/innen (n=3), Freunden und Bekannten (n=3) oder sonstigen Personen (n=3). Einzelne Budgetnehmer/innen (n=5; 19 %) konnten ihren Beratungsbedarf offenbar nicht decken.

Unterstützung bei der Budgetverwaltung

Über die allgemeine Beratung und Information im Vorfeld der Budgetbeantragung, während des Bewilligungsverfahrens und der Budgetverwendung hinaus stellt sich die Frage nach dem Modus der Geldverwaltung: Wie groß ist der Anteil derer, die bei der Budgetverwaltung (Kontoführung, Abrechnung etc.) Unterstützung benötigen bzw. erhalten.

Die Befragungsergebnisse lassen erkennen, dass etwa 35 % der befragten Budgetnehmer/innen ihr Budget selbstständig verwalten, 28 % diese Aufgaben mit Unterstützung anderer bewältigen und in ca. 37 % der Fälle jemand anderes das Persönliche Budget verwaltet (vgl. Abbildung 42).

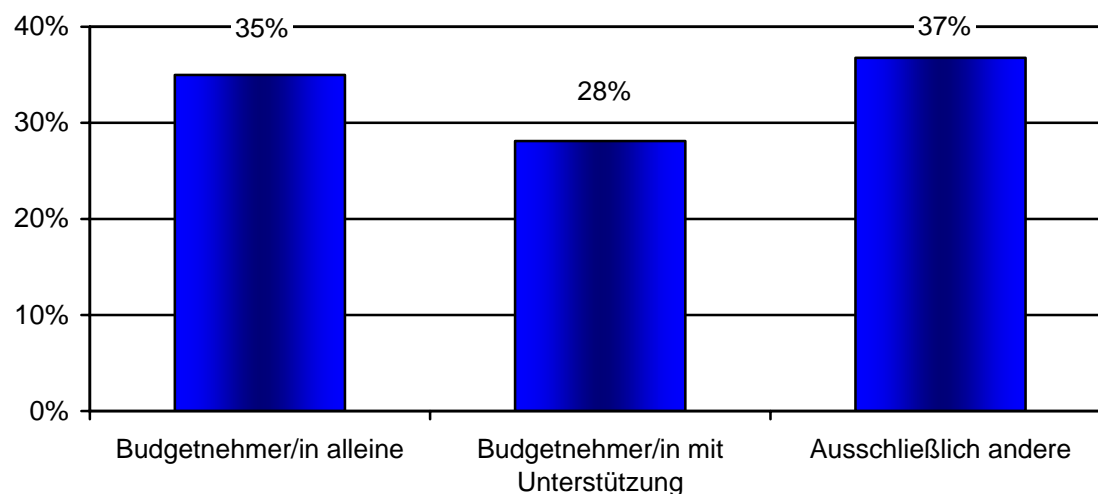


Abbildung 42: Verwaltung des Persönlichen Budgets (n=185)

Die Frage nach der Budgetverwaltung wird je nach Behinderungsart der Leistungsberechtigten unterschiedlich beantwortet: Während Menschen mit Körperbehinderung ihr Budget in der Mehrheit selbst verwalten (52 %), werden Budgets von Menschen mit geistiger Behinderung überwiegend von anderen (57 %) oder mit Unterstützung anderer verwaltet (34 %). Bei den Budgetnehmer/innen mit psychischer Erkrankung ist dieses Verhältnis uneinheitlich: Relativ viele Budgetnehmer/innen verwalten ihr Budget selbst (44 %), gleichzeitig wird ein nicht unerheblicher Teil der Befragten bei der Budgetverwaltung unterstützt (24%) bzw. diese Aufgabe wird durch Stellvertreter erledigt (32 %) (vgl. Abbildung 43).

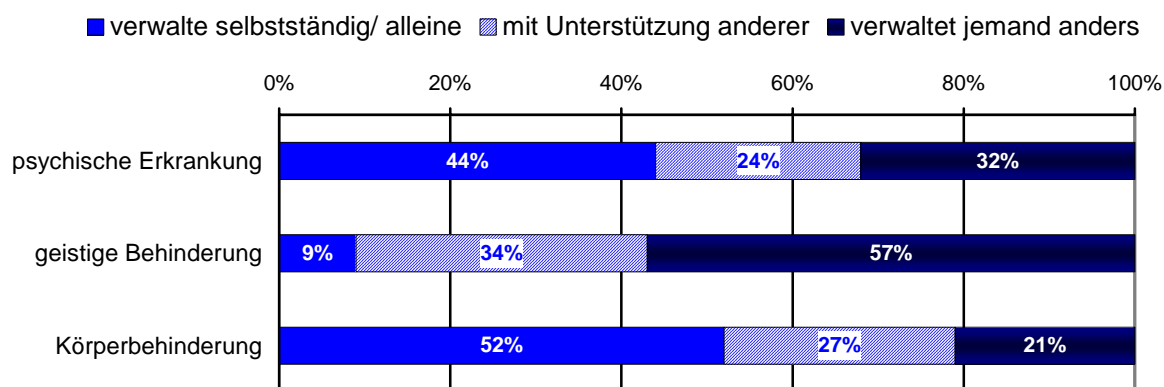


Abbildung 43: Budgetverwaltung nach der vorrangigen Behinderungsart der Budgetnehmer/innen (n=169; Angaben in % der jeweiligen Behinderungsart)

In den Fällen, in denen die Budgetnehmer/innen bei der Budgetverwaltung unterstützt werden bzw. bei denen die Verwaltung vollständig von anderen Personen übernommen wird (insgesamt 120 Personen), spielen die gesetzlichen Betreuer/innen sowie die Eltern der Budgetnehmer/innen die Hauptrolle (vgl. Abbildung 44).

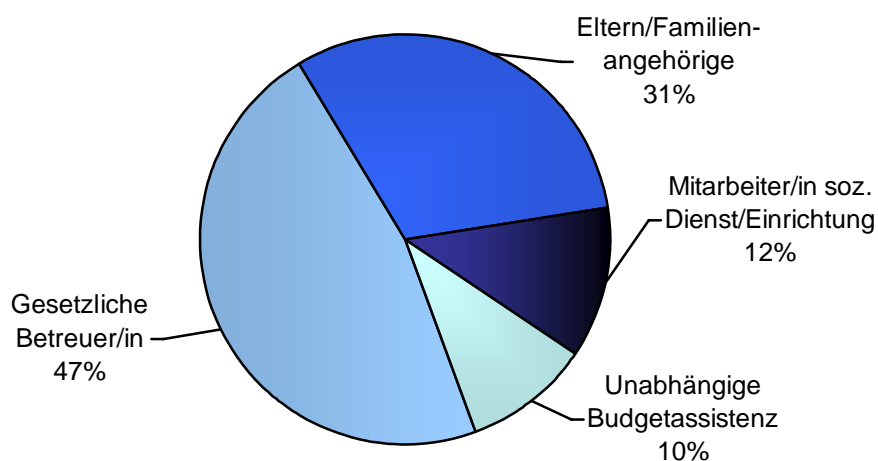


Abbildung 44: Personen, die Unterstützung bei der Verwaltung des Persönlichen Budgets leisten bzw. das Budget stellvertretend verwalten (n=120; Angaben in %)

47 % dieser Personen werden bei der Budgetverwaltung von gesetzlichen Betreuer/innen unterstützt. Dies ist vor allem bei Menschen mit psychischer Erkrankung und geistiger Behinderung der Fall. 31 % erhalten Unterstützung durch die Eltern oder andere Familienangehörige, insbesondere Menschen mit geistiger Behinderung und/oder Kinder und Jugendliche. In 12 % der Fälle findet diese Unterstützung durch Mitarbeiter/innen sozialer Einrichtungen und Dienste (professionelle Leistungserbringer) statt und bei weiteren 10 % der Personen durch neutrale (unabhängige) Stellen, welche Budgetassistenten leisten: vor allem Selbsthilfeorganisationen und Beratungsstellen, in Einzelfällen auch Steuerberater, Bürofachkräfte bzw. Lohnbüros. Diese Stellen werden zu einem überwiegenden Teil von Menschen mit Körperbehinderung in Anspruch genommen und übernehmen in der Regel eher buchhalterische Aufgaben.

Von den insgesamt 120 Budgetnehmer/innen, die bei der Verwaltung ihres Persönlichen Budgets unterstützt werden, wenden 18 % (22 Personen) finanzielle Mittel für diese Hilfe auf.

Darunter fallen Leistungen von neutralen Stellen der Budgetassistentz (in 8 Fällen), Mitarbeiter/innen von Leistungserbringern (in 8 Fällen) und gesetzlichen Betreuer/innen bzw. Betreuungseinrichtungen (in 5 Fällen) (eine fehlende Angabe).

Abbildung 45 veranschaulicht, dass prozentual gesehen die Unterstützung vor allem durch neutrale Stellen (z.B. Bürofachkraft, Lohnbüro) und durch Mitarbeiter/innen von Leistungsanbietern vergütet wird, während die Unterstützung von gesetzlichen Betreuer/innen nur in Einzelfällen bezahlt wird. Die Budgetverwaltung durch Eltern und andere Familienangehörige ist in allen Fällen unentgeltlich.³¹

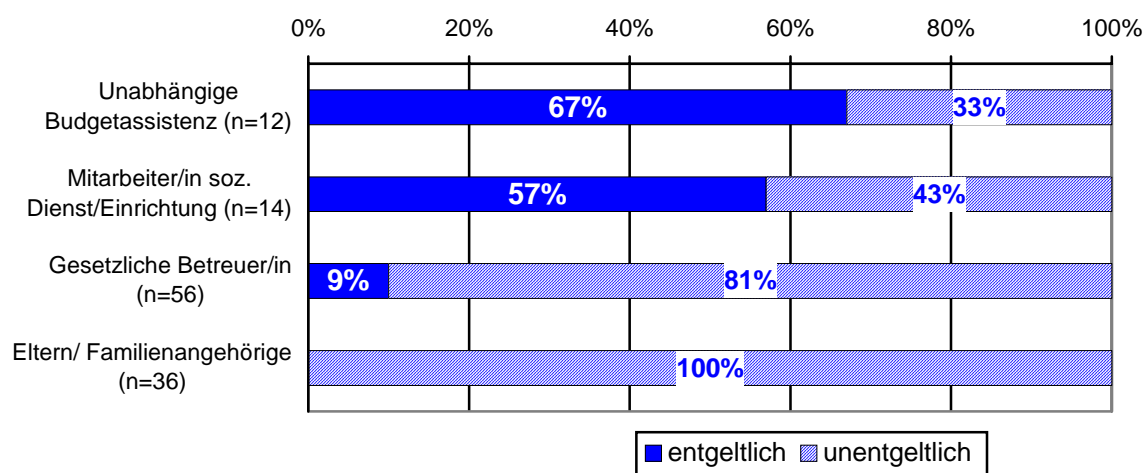


Abbildung 45: Anteil der entgeltlichen Unterstützung bei der Budgetverwaltung nach der diese Unterstützung leistenden Stelle (n=120; Angaben in % der jeweiligen Stelle)

Unterstützung bei der Entscheidung über die Budgetverwendung

Von der Budgetverwaltung grundsätzlich zu trennen ist die Verfügungs- und Entscheidungsgewalt über die Budgets. Etwa 32 % der befragten Budgetnehmer/innen entscheiden nach eigenen Angaben völlig selbstständig über die Verwendung ihres Persönlichen Budgets. In 25 % der Fälle werden die Budgetnehmer/innen von anderen Personen unterstützt oder beraten (gesetzliche Betreuung, Familienangehörige, neutrale Beratungsstellen, soziale Dienste) und in 10 % der Fälle entscheidet vollständig jemand anderes. Hierbei handelt es sich zumeist um die gesetzliche Betreuung (n=9), gefolgt von Eltern (n=7) sowie Mitarbeiter/innen des Sozialamts (n=2).

Von einem Drittel der befragten Personen werden die Budgets als weitgehend „zweckgebunden“ beschrieben, d.h. die Verwendung des Budgets ist gemäß der Zielvereinbarung für einen vorab festgelegten Dienst oder eine Einrichtung (in einigen Fällen auch befristete, eng umrissene Maßnahmen oder Kurse) bestimmt. In diesen Fällen besteht in der Budgetverwendung kaum Spielraum, so dass die Frage nach der Entscheidung über die Budgetausgaben nicht relevant ist. Zum Teil erfolgt die Überweisung der Gelder auch direkt vom Sozialamt an den Leistungserbringer, entweder auf ausdrücklichen Wunsch des Budgetnehmers oder durch Unterzeichnung von sog. „Abtretungserklärungen“ noch in der Phase der Zielvereinbarungsgespräche.

³¹ Aufgrund der z.T. geringen Fallzahlen sind diese Angaben jedoch mit Vorsicht zu interpretieren.

Die „Entscheidungsgewalt“ differiert je nach Art der Behinderung der Budgetnehmer/innen (vgl. Abbildung 46). Während knapp 70 % aller Budgetnehmer/innen mit Körperbehinderung über die Budgetverwendung eigenständig entscheiden, sind dies bei Budgetnehmer/innen mit geistiger Behinderung nur 5 % (3 von 57) Personen.

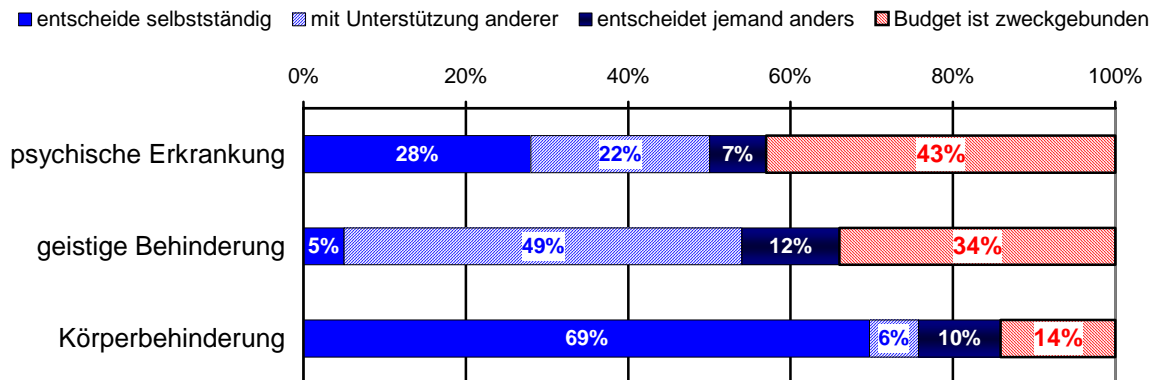


Abbildung 46: Entscheidungsgewalt über das Budget nach Behinderungsart der Budgetnehmer/innen (n=196; Angaben in % der jeweiligen Behinderungsart)

Letztlich hängen Budgetverwaltung und Entscheidungsgewalt – trotz prinzipiell unterschiedlicher Kompetenzbereiche – deutlich miteinander zusammen: Budgetnehmer/innen, die ihre Budgets selbst oder mit Unterstützung anderer verwalten, entscheiden in der Regel auch selbstständig bzw. werden allenfalls bei der Budgetverwendung beraten; Personen, deren Geldbeträge stellvertretend verwaltet werden, entscheiden zumeist auch nicht über ihre Budgets.

5.2 Unabhängige Angebote der Budgetberatung und -unterstützung

Über die allgemeine Beratung zum Persönlichen Budget hinaus, die in den Modellregionen im Wesentlichen durch die Sozialhilfeträger (als bewilligende Leistungsträger) geleistet wird, wird in einzelnen Modellregionen ein spezielles Angebot zur Budgetberatung und -unterstützung durch leistungsträger- und einrichtungsträgerunabhängige Stellen vorgehalten.

In *Berlin* (Friedrichshain-Kreuzberg) bietet die Selbsthilfe-Vereinigung „ASL – Arbeitsgemeinschaft für selbstbestimmtes Leben schwerstbehinderter Menschen“ ein Angebot zur individuellen Budgetberatung an, das in ein von der „Aktion Mensch“ gefördertes Projekt „Stärkung der Selbstbestimmung behinderter Menschen – Empowerment assistenzbedürftiger Nutzer und Nutzerinnen des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets“ eingebettet ist. ASL e.V. besteht aus einer Gruppe von Menschen mit Körperbehinderung, die persönliche Assistenz zur Alltagsbewältigung und -gestaltung benötigen und diese nach dem Arbeitgebermodell selbst organisieren (vgl. <http://www.asl-berlin.de>). Bereits seit 1992 berät und unterstützt der Verein nach der Methode des Peer Counseling auch andere assistenzbedürftige Menschen. Ein neu gegründeter Schwesterverein („BAV – Berliner Assistenz Verein e.V.“) führt die Budgetassistenz im Einzelfall durch. ASL e.V. (bzw. BAV e.V.) sieht für seine Beratungstätigkeit in der Regel ein an der Budgetsumme orientiertes prozentuales Entgelt vor, das z.T. auch vom Leistungsträger (Sozialhilfeträger) im Rahmen der von dem jeweiligen Budgetnehmer (unterstützt durch ASL e.V.) vorgelegten Gesamtkalkulation für die persönliche Assistenz genehmigt und erstattet wird.

In der Stadt *Bielefeld* bietet das „Café 3b – Integrative Beratungs- und Begegnungsstätte für Behinderte“ Beratung und Unterstützung zum Persönlichen Budget an. Das Café 3b ist ein Kooperationsangebot des Trägervereins der „Integrativen Beratungs- und Begegnungsstätte für Behinderte e.V. (IBBB)“ und des Stiftungsbereichs Behindertenhilfe der von Bodelschwinghschen Anstalten Bethel (vgl. <http://www.cafe3b.de/>). Bereits seit ca. zehn Jahren bietet das Café 3b Beratung zu sozialrechtlichen Fragen, Wohnangelegenheiten, Pflege, Informationen über Hilfsangebote, Reise- und Freizeitmöglichkeiten etc. an und organisiert selbst Freizeit- und Kulturveranstaltungen. Durch ein von der „Stiftung Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen“ finanziell gefördertes Projekt „Budgetberatung und Budgetassistentz“ konnte ein speziell auf das Persönliche Budget bezogenes Beratungs- und Unterstützungsangebot erarbeitet werden, das während der Laufzeit des Modellprojekts für die Budgetinteressierten und Budgetnehmer/innen kostenlos ist. Das Café 3b führt Informationsveranstaltungen und Schulungen für Menschen mit Behinderung durch und bietet Unterstützung sowohl im Vorfeld der Inanspruchnahme, während des Antrags- und Bewilligungsprozesses als auch bei der Umsetzung des Persönlichen Budgets an (z.B. Vermittlung von Leistungserbringern, Lohnabrechnung bei Minijobs, Unterstützung bei Beschwerden). In Bielefeld wurden vom Leistungsträger (überörtlicher und örtlicher Sozialhilfeträger) bislang noch keine Budgetanteile für Budgetassistentz bewilligt, sondern es wird (u.a. in den Zielvereinbarungen) auf die Beratungsangebote der Leistungsträger und von Café 3b verwiesen.

In *Schleswig-Holstein* ist die Erprobung des Persönlichen Budgets in das übergeordnete Projekt „careNETZ“ (vgl. <http://www.carenetz.org>) eingebunden, welches die Aufgabe der Budgetimplementation mit der Entwicklung von regionalen Netzwerken Offener Hilfen und der Aktivierung von bürgerschaftlichem Engagement verbindet. Das Projekt „careNETZ“ wird durch das Land Schleswig-Holstein finanziert. Kernstück ist die Bildung einer gemeinnützigen Gesellschaft „careNETZ Service“ mit zwei Büros (in Schleswig und Segeberg), welche die Bedarfsfeststellung zusammen mit den Betroffenen durchführt (leistungsträger- und einrichtungsträgerunabhängig) und die Budgetnehmer/innen bei der Nutzung des Persönlichen Budgets berät und unterstützt. Die Bedarfsfeststellung erfolgt je nach Bedingungen des Einzelfalls durch verschiedene Methoden der persönlichen Zukunftsplanung, Biografiearbeit etc. und endet mit einem Bedarfsfeststellungsbericht und Vorschlag zur Budgetkalkulation, der als Empfehlung an den zuständigen Leistungsträger geht. Nach Budgetbewilligung berät „careNETZ Service“ die Budgetnehmer/innen weiter, unterstützt sie ggf. bei der Budgetverwaltung, informiert über Leistungsangebote, hilft bei der Akquise von Leistungserbringern, überprüft gemeinsam mit den Betroffenen die Qualität der Leistungen usw. Somit hat „careNETZ Service“ in den Modellregionen Schleswig-Holsteins nicht nur die Funktion der Budgetassistentz inne, sondern übernimmt auch Aufgaben des Leistungsträgers im Budgetverfahren. Diese Aufgabenteilung ähnelt dem in den Niederlanden praktizierten Verfahren der Bedarfsfeststellung durch regionale Indikationsorgane (öffentlich finanziert), die unabhängig von Kostenträgern und Leistungsanbietern arbeiten.

In den hessischen Modellregionen *Marburg-Biedenkopf* und *Groß-Gerau* bietet „InDiPro“ Budgetberatung und -begleitung an. „InDiPro“ wurde vom „Deutsch-Israelischen-Verein für Rehabilitation und soziale Eingliederung Gießen e.V.“ initiiert und richtet sich in einem speziellen Projekt (finanziell unterstützt durch „Aktion Mensch“) an Menschen mit geistiger Behinderung, die am Persönlichen Budget interessiert sind (vgl. <http://www.projekt-indipro.de/Budget/Set1.htm>). Das Angebot ist kostenlos und umfasst die Beratung im Vorfeld, bei der

Antragstellung, bei der Bedarfsfeststellung, dem Abschluss der Zielvereinbarung und der Budgetverwendung.

Weitere Angebote zur unabhängigen Budgetberatung und -unterstützung bieten Mitgliedsorganisationen der „ISL – Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V.“ sowohl innerhalb als auch außerhalb der Modellregionen. Zum Beispiel wird vom „Zentrum für selbstbestimmtes Leben Behinderter“ in *Erlangen* ein Beratungsangebot im Rahmen eines Projekts „Integration jetzt! Selbstbestimmt Leben mit Persönlichem Budget“, das von der „Aktion Mensch“ gefördert wird, vorgehalten (vgl. <http://www.zsl-erlangen.de/beratung/beratung.html>). Für die Modellregionen in *Rheinland-Pfalz* bietet das „Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen Mainz e.V., Außenstelle Trier“ ein entsprechendes Angebot (vgl. <http://www.zsl-mainz.de/pb.html>). Der sich in *Kassel* befindliche „fab e.V. – Verein zur Förderung der Autonomie Behinderter“ hat ebenfalls ein neues Angebot der „Budgetunterstützung“ entwickelt und begleitet auch Budgetnehmer/innen, die nicht in der Region Kassel wohnen (<http://www.fab-kassel.de/budget.html>).

Insgesamt wird deutlich, dass in einigen Modellregionen (aber auch außerhalb) Angebote der unabhängigen Budgetassistenz implementiert wurden, die in der Regel an bereits vorhandene Beratungs- oder Projektstellen angesiedelt wurden (eine Ausnahme stellt „care-NETZ Service“ in Schleswig-Holstein dar, die weitere Sonderaufgaben übernehmen). Nahezu alle dieser Stellen sind institutionell bzw. projektbezogen finanziert (öffentlich oder über „Aktion Mensch“), so dass für diejenigen Budgetnehmer/innen, die sich hier beraten lassen, regelhaft keine zusätzlichen Kosten für Budgetassistenz während der Projektlaufzeit anfallen. Einzige Ausnahme stellt der „Berliner Assistenz Verein“ dar, der in Einzelfällen einen prozentualen Anteil des Persönlichen Budgets im Rahmen des Arbeitgebermodells für Budgetassistenz vorsieht.

5.3 Budgetberatung und -unterstützung durch gesetzliche Betreuer/innen

Wie bereits oben dargestellt, nehmen die gesetzlichen Betreuer/innen bei einem nicht unerheblichen Teil der Budgetnehmer/innen eine beratende und unterstützende Funktion wahr. Um ihre Rolle im Kontext des Persönlichen Budgets näher beleuchten zu können, wurden die gesetzlichen Betreuer/innen nach ihren Erfahrungen mit dem Persönlichen Budget und ihren Aufgaben im Budgetverfahren befragt. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Angaben von 33 gesetzlichen Betreuer/innen (überwiegend Berufsbetreuer/innen) und auf insgesamt 57 von ihnen betreute Budgetnehmer/innen (vgl. Kap. 2.4.5).³²

Erste Hinweise auf die Funktion der gesetzlichen Betreuer/innen liefern die Angaben zu den Aufgabenbereichen der gesetzlichen Betreuung für die Budgetnehmer/innen (vgl. Abbildung 47).

³² Aufgrund der Angaben im „Dokumentationsformular für den beauftragten Leistungsträger“ ist davon auszugehen, dass von allen Budgetnehmer/innen mindestens 147 Personen eine gesetzliche Betreuung haben, da diese am Budgetverfahren beteiligt waren. Insofern repräsentieren die hier angegebenen 57 Budgetnehmer/innen mit gesetzlicher Betreuung ca. 39 % aller Budgetnehmer/innen mit gesetzlicher Betreuung in der Gesamtstichprobe. Aufgrund der geringen Zahl der Befragten sind die folgenden Ergebnisse daher mit Vorsicht zu interpretieren.

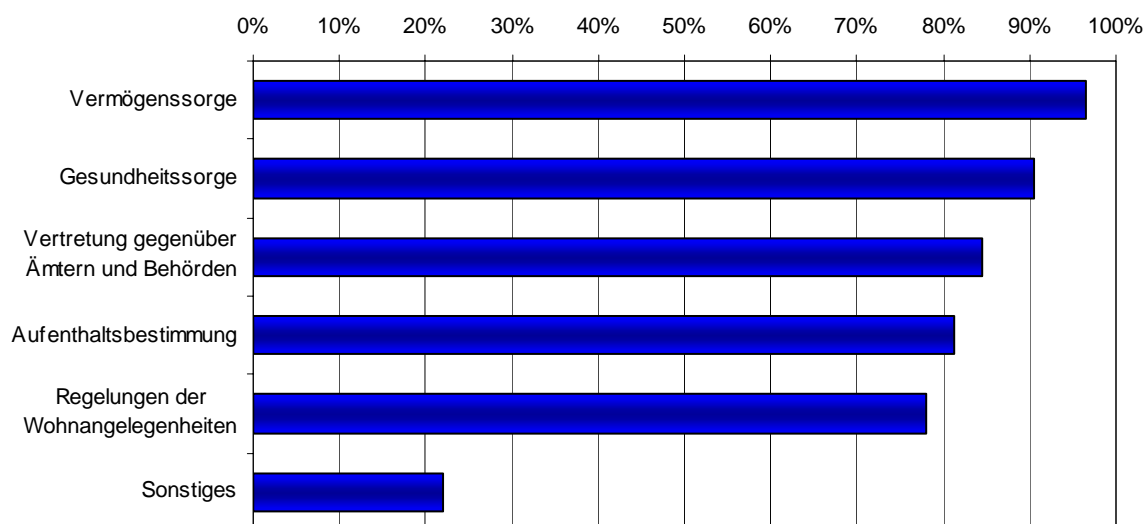


Abbildung 47: Aufgabenbereiche der gesetzlichen Betreuung (n=32; Mehrfachantworten möglich; Angaben in % der befragten Betreuer/innen)

Die Aufgabengebiete der gesetzlichen Betreuer/innen reichen von Vermögens- und Gesundheitssorge, der Vertretung der betreuten Personen gegenüber Ämtern und Behörden bis zur Aufenthaltsbestimmung und Regelungen von Wohnungsangelegenheiten und sind damit als relativ umfänglich zu bezeichnen.

Über die Hälfte der gesetzlichen Betreuer/innen (56 %; n=18) gibt an, die von ihr betreute Person aus eigener Initiative über das Persönliche Budget informiert und beraten zu haben; lediglich in zwei Fällen (6 %) ging die Initiative und die Interessensbekundung vom Leistungsberechtigten selbst aus, in den restlichen Fällen von anderen Personen/ Stellen.

Auch in den Kernprozessen des Budgetverfahrens (von der Antragstellung bis zum Abschluss der Zielvereinbarung) ist die Mehrzahl der gesetzlichen Betreuer/innen beteiligt gewesen (vgl. Abbildung 48).

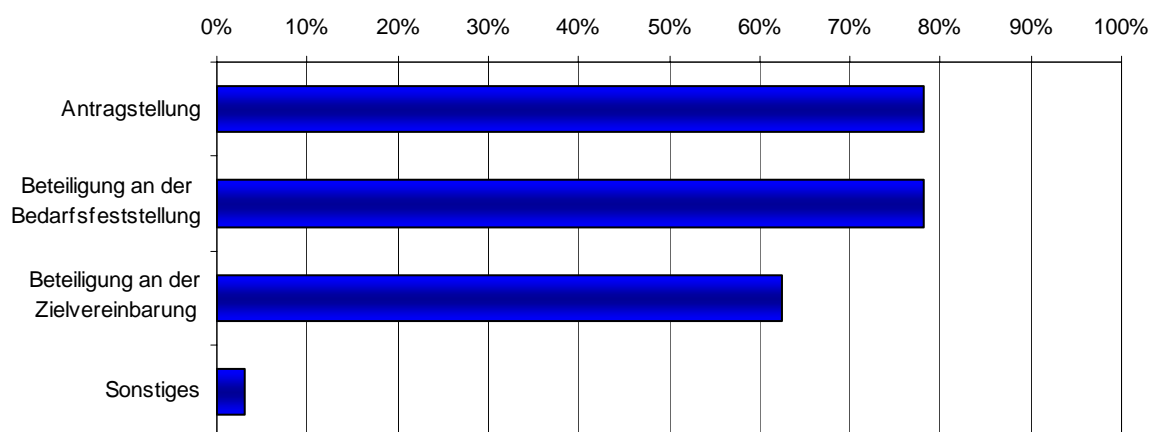


Abbildung 48: Rolle der gesetzlichen Betreuung im Budgetverfahren (n=30; Mehrfachantworten möglich; Angaben in % der befragten Betreuer/innen)

Jeweils 78 % der gesetzlichen Betreuer/innen (n=25) geben an, den Antrag auf ein Persönliches Budget beim zuständigen Leistungsträger gestellt zu haben bzw. gemeinsam mit dem Leistungsberechtigten oder in einer stellvertretenden Funktion an der Feststellung des Un-

terstützungsbedarfs beteiligt gewesen zu sein. An der Zielformulierung und Erstellung der Zielvereinbarung wirkten ca. 63% (n=20) mit.

Bei der überwiegenden Zahl der Budgetnehmer/innen mit gesetzlicher Betreuung wird das Persönliche Budget auf das Konto des Leistungsberechtigten überwiesen (n=37; 65 %). Dementsprechend hoch ist auch der Anteil derer, die bei der Budgetverwaltung (z.B. bei Kontoführung, Abrechnungen, Schriftverkehr) von der gesetzlichen Betreuung unterstützt wird (n=30), davon in einem Fall mit zusätzlicher Unterstützung durch ein Lohnbüro.

Auch bei der Organisation von Hilfeleistungen (z.B. Auswahl von Assistenten oder Diensten) erhält die Mehrzahl der betreuten Budgetnehmer/innen (n=44; 77 %) von ihren gesetzlichen Betreuer/innen Unterstützung (in zwei Fällen zusammen mit den Leistungserbringern). In einem Fall leistet diese Unterstützung die Mutter; vier Budgetnehmer/innen organisieren ihre Unterstützung gemeinsam mit einem Leistungserbringer. Die übrigen acht Budgetnehmer/innen (14 %) planen und gestalten ihre Unterstützung nach Aussage der gesetzlichen Betreuer/innen selbstständig.

In Bezug auf die Betreuungsarbeit, die mit dem Persönlichen Budget zusammenhängt (z.B. Budgetverwaltung, Organisation der Unterstützungsleistungen), geben die gesetzlichen Betreuer/innen einen durchschnittlichen Zeitaufwand von etwas über zwei Stunden pro Budgetnehmer/in und Monat an. Dabei lässt sich eine hohe Spannweite des Aufwands von „unter einer Stunde“ bis zu „18 Stunden“ und „20 Stunden“ pro Monat feststellen (vgl. Abbildung 49).

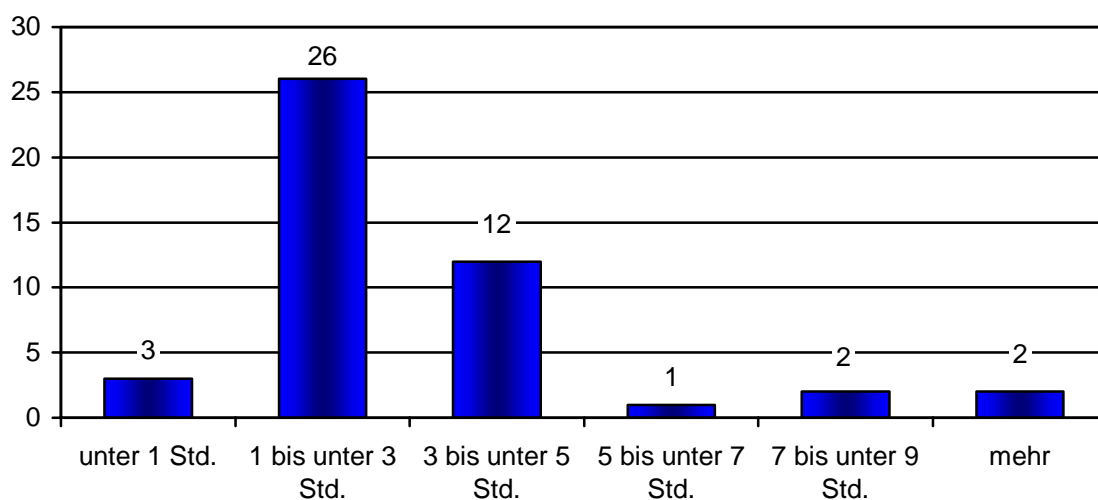


Abbildung 49: Budgetbezogener Betreuungsaufwand in Stunden pro Monat (n=50; Angaben in Anzahl der betreuten Budgetnehmer/innen)

Die Frage, ob der budgetbezogene Aufwand durch die Betreuungspauschale gedeckt ist, bejaht etwa ein Drittel der gesetzlichen Betreuer/innen (n=11). Zwei Drittel (n=21) sehen den budgetbezogenen Zeitaufwand nicht durch die Pauschale gedeckt, aber nur eine gesetzliche Betreuerin (ehrenamtlich) gibt an, für die Beratungs- und Unterstützungstätigkeiten ein Entgelt zu bekommen (in Höhe von 192 Euro pro Monat).

Als weiteres wurden die gesetzlichen Betreuer/innen nach den Vor- und Nachteilen des Persönlichen Budgets für ihren spezifischen Aufgabenbereich befragt (vgl. Abbildung 50).

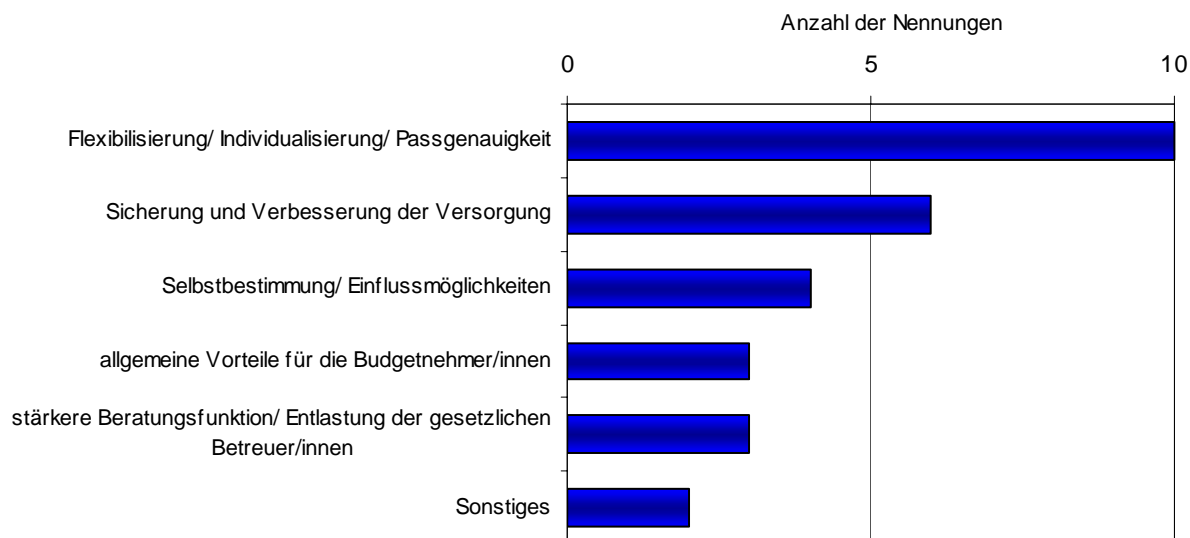


Abbildung 50: Vorteile des Persönlichen Budgets aus Sicht der gesetzlichen Betreuer/innen (n=28)

Von allen befragten gesetzlichen Betreuer/innen (n=33) sehen 28 Personen Vorteile durch das Persönliche Budget. An erster Stelle rangiert die Möglichkeit, Leistungen flexibler und individualisierter gestalten zu können, was zu einer höheren Passgenauigkeit für die Betroffenen führt. Relativ häufig wird auch die Sicherstellung oder Verbesserung der Versorgung und Betreuungssituation genannt, z.B. die „Vermeidung von Heimunterbringung“.

Diese Nennungen weisen nicht immer einen ausschließlichen Bezug zu dem betreuten Personenkreis, sondern auch auf (neue) Möglichkeiten der eigenen Betreuungsarbeit auf, z.B. „Mittel können viel flexibler zum Wohle des Klienten eingesetzt werden“ oder „im Rahmen des Aufgabenkreises für den Betroffenen differenziertes Angebot organisieren können“. In diesem Kontext wird von einigen Betreuer/innen auch eine Entlastung durch das Persönliche Budget (als Folge einer Fokussierung der Beratungsfunktion) erlebt, z.B. „Entlastung in der persönlichen Betreuung“, „Betreuer kann Aufgaben delegieren“ oder „Unterstützungsleistungen, die nicht in Aufgabenfeld des Betreuers fallen, können so geleistet werden“.

17 der 33 befragten Betreuer/innen sehen auch Nachteile durch das Persönliche Budget. Die negative Bewertung betrifft zum großen Teil (mit 15 Nennungen) den (unbezahlten) Mehraufwand, der mit dem Persönlichen Budget in Verbindung steht, an zweiter Stelle die Zunahme an Verantwortung.

Abschließend wurden die gesetzlichen Betreuer/innen gefragt, ob sie die Beantragung eines Persönlichen Budgets noch einmal unterstützen würden. Die Mehrheit der Befragten antwortet zustimmend (n=28; 88 %). Lediglich eine gesetzliche Betreuer/in ist sich unsicher (der Betreute wünscht derzeit keine weiterführenden Hilfen) und drei Personen verneinen dies, da der unbezahlte Zeitaufwand zu groß, die Budgetlösung für den Betreuten nicht optimal bzw. der Bedarf des Budgetnehmers höher als das bewilligte Budget sei.

Zwei Betreuer verweisen in einer abschließenden Anmerkung noch einmal auf den hohen Arbeitsaufwand, der mit dem Persönlichen Budget einhergeht: „wegen Zeitaufwand nicht

mehr als ein Budgetnehmer vorstellbar“; „der Arbeitsaufwand ist für einen ehrenamtlichen Betreuer, der selbst berufstätig ist, nicht leistbar“.

Insgesamt weisen die Befragungsergebnisse darauf hin, dass die gesetzlichen Betreuer/innen sowohl im Budgetverfahren als auch bei der Budgetverwaltung und -verwendung eine wesentliche Beratungs- und Unterstützungsfunktion für die von ihnen betreuten Personen wahrnehmen. Der Aufwand für diese Tätigkeiten variiert stark in Abhängigkeit von den Bedingungen des Einzelfalls und wird von vielen gesetzlichen Betreuer/innen als zusätzliche Arbeit und Mehraufwand empfunden, der zudem (mit einer Ausnahme) finanziell nicht extra (über die Betreuungspauschale hinaus) erstattet wird. Allerdings sehen die meisten gesetzlichen Betreuer/innen Vorteile des Persönlichen Budgets – nicht nur bezogen auf die Situation der von ihnen betreuten Leistungsberechtigten (z.B. Flexibilisierung der Hilfen, Versorgungssicherheit, Selbstbestimmung), sondern auch in Hinblick auf neue oder erweiterte Spielräume für die eigene Betreuungsarbeit.

5.4 Diskussion und Fazit

Die dargestellten Ergebnisse lassen erkennen, dass ein verhältnismäßig hoher Anteil der Budgetnehmer/innen einen budgetbezogenen Beratungs- und Unterstützungsbedarf aufweist – das nehmen sowohl die Leistungsträger als auch die Betroffenen und ihr soziales Umfeld wahr. Es ist davon auszugehen, dass insbesondere im Vorfeld der Beantragung sowie der Phase der Antragstellung und -bearbeitung eine intensive Information und Beratung der Interessenten notwendig ist, was eine wesentliche Aufgabe der Leistungsträger als die das Persönliche Budget bewilligenden Stellen darstellt. Aber auch im Verlauf (während des Budgetbezugs) sind viele Budgetnehmer/innen auf Unterstützung angewiesen, z.B. bei der Budgetverwaltung, aber auch bei der Planung und Gestaltung des Unterstützungsarrangements. Während bei Menschen mit Körperbehinderung eher Aufgaben der Geldverwaltung (z.B. Buchhaltung über Lohnbüros oder Bürofachkräfte) im Vordergrund stehen – insbesondere bei hohen Budgetsummen und der Unterstützungsorganisation nach dem Arbeitgebermodell –, ist vor allem bei Menschen mit geistiger Behinderung (aber auch mit psychischer Erkrankung) über die Unterstützung bei der Budgetverwaltung hinaus auch die Planung und Entscheidung über die Budgetverwendung ein relevanter Unterstützungsbereich.

Insgesamt kann konstatiert werden, dass im Rahmen der Modellprojekte die allgemeine Information und Beratung über das Persönliche Budget und dessen Rahmenbedingungen durch die an der Erprobung beteiligten Projektkoordinatoren, Stellen und Organisationen (Leistungsträger, soziale Dienste und Einrichtungen, Selbsthilfeorganisationen etc.) weitgehend sichergestellt ist, wenngleich in einigen Fällen durchaus Unzufriedenheit mit der Informationslage und der Beratungskompetenz einzelner Leistungsträger geäußert wird. Dies kann als Zeichen dafür gewertet werden, dass auch die Beratung leistenden Sachbearbeiter mit dem Persönlichen Budget Neuland betraten und zunächst konzeptionelle Rahmenbedingungen zur Ausgestaltung des Persönlichen Budgets entwickeln mussten, was sich auch auf Informations- und Beratungsmöglichkeiten auswirkt.

Von der allgemeinen Beratung zu unterscheiden ist die individuelle, alltagsnahe Beratung (z.B. Entscheidung über Budgetausgaben, Organisation der Unterstützung) sowie die Budgetkoordination und -verwaltung (z.B. Abschluss von Verträgen, Verwaltung des Geldes, ggf. Nachweisführung). Diese Unterstützung wird überwiegend vom sozialen Umfeld der Leistungsberechtigten geleistet, insbesondere von gesetzlichen Betreuer/innen, Eltern und ande-

ren Familienangehörigen. In relativ wenigen Fällen übernehmen Mitarbeiter/innen sozialer Dienste und Einrichtungen bzw. gesonderte Stellen der (unabhängigen) Budgetassistentz diese Aufgaben. Insgesamt ist dieses Vorgehen durchaus zu befürworten, da – aus einer Ressourcenperspektive heraus – das Persönliche Budget auch eine (Re-)Aktivierung des sozialen Netzwerks der Budgetnehmer/innen intendiert und die budgetbezogene Beratungs- und Unterstützungsleistung einen „Sitz im Leben“ haben, also eine Verortung im alltäglichen Sozial- und Lebensraum der Budgetnehmer/innen erfahren muss, um praktikabel sein zu können.

Probleme können entstehen, wenn ein solches soziales Umfeld nicht verfügbar ist. Dies kann dazu führen, dass das Persönliche Budget erst gar nicht beantragt wird (dies lässt sich empirisch schwer erfassen) oder seitens der Leistungsberechtigten wegen Überforderung gekündigt bzw. nicht weiter beantragt wird. Ein weiteres Problem, das aus dem Beratungs- und Unterstützungsbedarf resultieren kann, liegt in der Gefahr, dass die Beratung und Unterstützung (erkennbar) nicht im Interesse der Leistungsberechtigten oder sogar wider seinen Willen geleistet wird. Dieses Risiko ist immer präsent, wenn die Budgetassistentz eine stellvertretende Funktion einnimmt und der Budgetnehmer kein Verständnis dafür hat (oder es ihm nicht bewusst ist), dass seine Unterstützung über das Persönliche Budget organisiert wird. Dieses Problem ist durch das Persönliche Budget nicht gänzlich auflösbar, ihm kann aber durch eine entsprechende Gestaltung von Rahmenbedingungen (z.B. Vorgaben in der Zielvereinbarung, Qualitätssicherungsgespräche) entgegen gewirkt werden.

Die Leistungen der Budgetunterstützung werden nur in wenigen Fällen als Bestandteil des Persönlichen Budgets vom Leistungsträger vergütet und erfolgt durch die unterstützend wirkenden Personen und Stellen überwiegend unentgeltlich – insbesondere wenn es sich um Familienangehörige oder gesetzliche Betreuer/innen handelt. An einigen Standorten wurden Angebote der Budgetassistentz durch unabhängige Stellen (kommunale Beratungsstellen, Selbsthilfeorganisationen, besondere Projektträger) implementiert, die fast ausnahmslos institutionell bzw. projektbezogen finanziert werden, so dass für die Leistungsberechtigten bei der Inanspruchnahme der Beratung und Unterstützung (zumindest während der Projektlaufzeit) keine weiteren Kosten anfallen, die sonst aus Budgetmitteln zu entrichten wären. Diese Stellen übernehmen zumeist Aufgaben der Information und einzelfallbezogenen Beratung, die Begleitung der Budgetnehmer/innen im Budgetverfahren sowie bei der Budgetverwendung. In den Zielvereinbarungen verweisen die Leistungsträger in einzelnen Modellregionen auf diese Angebote der Budgetassistentz. Dadurch kann der Eindruck entstehen, dass mit diesem Hinweis auf das in den Projektregionen verfügbare Beratungsangebot auch implizit begründet wird, warum keine zusätzlichen Mittel zur Budgetberatung und -unterstützung für die Budgetnehmer/innen bereitgestellt werden.

Die Errichtung solcher (unabhängigen) Beratungs- und Unterstützungsangebote ist positiv zu bewerten, zumal diese Dienstleistung in den meisten Regionen an bereits bestehende Beratungsstellen oder Institutionen angesiedelt wurde (z.B. von Selbsthilfevereinigungen und Interessensvertretungen), die auch andere Aufgaben – jenseits des Persönlichen Budgets – übernehmen. Dies erscheint deshalb eine sinnvolle Lösung zu sein, da davon auszugehen ist, dass gerade die im Vorfeld stattfindende Beratungstätigkeit nicht immer zu einem konkreten Budgetantrag führt, sondern in vielen Fällen erst einmal Aufklärung über das Persönliche Budget leistet und Unterstützung bei der Entscheidungsfindung beinhaltet. Unter Umständen führt die Beratung auch zu dem Ergebnis, dass ein Leistungsberechtigter Gewissheit darüber hat, dass das Persönliche Budget nicht die gewünschte oder für ihn sinnvolle Form der Leis-

tungserbringung ist und andere Lösungen anzustreben sind, die wiederum andere Beratungsinhalte erforderlich machen. Das bedeutet: Bei einer solchen Beratung ist der Beratungsinhalt nicht immer eindeutig dem Geld- oder dem Sachleistungssystem zuzuordnen, sondern kann durchaus von grundlegender Bedeutung sein. Insofern ist es gewinnbringend und ressourcenschonend, die „Budgetberatung“ in ein übergreifendes Beratungskonzept zu integrieren, das z.B. auch für Bezieher/innen von Sachleistungen genutzt werden kann.

Ein besonderes Dilemma besteht darin, dass vermutlich ein Teil der Leistungsberechtigten (ohne ein aktives soziales Umfeld) sich nicht entschließen wird, das Persönliche Budget in Anspruch zu nehmen, wenn kein Angebot der individuellen Budgetberatung und -unterstützung in einer Region besteht (z.B. aufgrund von Vorbehalten, Unsicherheiten oder einem intensiven budgetbezogenen Unterstützungsbedarf). Zugleich wird es ohne institutionelle bzw. personenübergreifende Finanzierung der Beratungsstellen in einzelnen Regionen schwierig sein, ein solches unabhängiges Beratungsangebot vorzuhalten, da sich diese Beratung aus Mitteln der Budgetnehmer/innen finanzieren müsste, die es aber in der jeweiligen Region zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch gar nicht gibt. Es wird deutlich, dass eine Infrastruktur quasi als Vorleistung gegeben sein muss, um das Persönliche Budget hier einführen und verbreiten zu können.

Ungeachtet dessen ist im Einzelfall die erforderliche Budgetberatung und -unterstützung – im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen – vom Leistungsträger zu finanzieren. Inwiefern die im Modellprojekt zu beobachtende Zurückhaltung der Leistungsträger auf Unklarheiten der Rechtsauslegung oder Unsicherheiten im Verwaltungshandeln zurückzuführen ist oder auf die in einzelnen Modellregionen projektbedingt ausreichend gewährleisteten Beratungsstrukturen, ist schwer abzuschätzen. Vermutlich tragen alle dieser Faktoren dazu bei, dass die Finanzierung einer „Budgetassistenz“ bislang nur in wenigen Fällen erfolgt ist.

Zudem können sich praktische Schwierigkeiten durch die Regelung des § 17 Abs. 3 Satz 4 SGB IX ergeben, wonach die „Höhe des Persönlichen Budgets die Kosten aller bisher individuell festgestellten, ohne das Persönliche Budget zu erbringenden Leistungen nicht überschreiten (soll)“. Gerade bei hohem Unterstützungsbedarf muss dieser Rahmen überwiegend ausgeschöpft werden, so dass keinerlei Spielräume für die Finanzierung einer ggf. erforderlichen Budgetassistenz mehr verbleiben. Darüber hinaus zeigt sich, dass der Begriff „vergleichbare Sachleistung“ – der als Kürzel für die genannte Regelung verwendet wird – nicht eindeutig ist; vielmehr werden z.B. bei einem Wechsel aus einer stationären Einrichtung in eine eigene Wohnung als Bezugswert für die „an Stelle des Persönlichen Budgets zu erbringenden Leistungen“ die Leistungen des ambulant betreuten Wohnens zugrunde gelegt.

Da Abweichungen von der Sollvorschrift in besonders begründeten Ausnahmefällen möglich sind und als Beispiel dafür bereits im Gesetzgebungsverfahren genannt wurde, „wenn bisher stationär Betreuten nur so ein Umsteigen auf ambulante Betreuung unter Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets übergangsweise ermöglicht werden kann“, empfiehlt sich daher zur Überwindung dieser Schwierigkeiten eine entsprechende Rechtsanwendung.

6 Das Persönliche Budget und seine Nutzung im Kontext bestehender Versorgungsstrukturen

An dem Modellprojekt „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“ sind acht Modellregionen mit unterschiedlichen Ausgangslagen beteiligt: Sie liegen in Flächen- oder Stadtstaaten, weisen unterschiedliche politisch-administrative Strukturen (z.B. verschiedene Zuständigkeitsregelungen innerhalb der Sozialhilfe) auf und verfügen über differierende Angebotsstrukturen im Bereich der Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderung (vgl. Kap. 2.2). Auch lassen sich Unterschiede in der Organisation der Projektarbeit, der Besetzung der Projektgruppen, der Herangehensweise z.B. bei der Gewinnung von Budgetnehmer/innen und der Umsetzung Persönlicher Budgets in den Modellregionen feststellen (vgl. Kap. 2.2 und Kap. 4). Kapitel 6 beleuchtet die Gestaltung und Nutzung Persönlicher Budgets im Kontext dieser regionalen Voraussetzungen, Herangehensweisen und Strukturen.

Der Frage, welche Rolle die bestehenden Versorgungsstrukturen bei der Umsetzung Persönlicher Budgets spielen, wird in Kapitel 6.1 nachgegangen. Dabei liegen der Analyse folgende Fragestellungen zugrunde:

- Wie viele Menschen mit Behinderung nehmen in den einzelnen Modellregionen welche (Sach-)Leistungen in Anspruch?
- Welche Versorgungsstrukturen (Beratung und Information, Angebote im Bereich Wohnen und Unterstützung im Alltag) bestehen in den verschiedenen Modellregionen?
- Inwieweit waren/sind Leistungserbringer bereit, ihr Angebot für Budgetnehmer/innen zu flexibilisieren, ihnen individuell passende Angebote zu machen?
- Welche Entwicklungen der Angebotsstruktur gab es in den Modellregionen während der Projektlaufzeit? Können Veränderungen auf eine durch das Persönliche Budget veränderte Nachfrage zurückgeführt werden?

In Kapitel 6.2 wird – auf der Grundlage der Befragung der Budgetnehmer/innen – die Ausgestaltung und Nutzung der Persönlichen Budgets in den Modellregionen beschrieben. Im Vordergrund stehen dabei folgende Fragestellungen:

- Für welche Dienstleister und welche Leistungen setzen die Budgetnehmer/innen ihr Persönliches Budget ein?
- Wie ist die Unterstützung organisiert bzw. wie ist die Budgetverwendung geregelt?
- Wie sind die Budgetnehmer/innen an die Personen/Dienste gekommen, die sie unterstützen?
- Hatten die Budgetnehmer/innen Probleme, geeignete Personen/Dienste zu finden, die sie unterstützen?
- Wie zufrieden sind die Budgetnehmer/innen mit diesen Personen/Diensten?

- Was ist den Budgetnehmer/innen bei der Auswahl der sie unterstützenden Personen/Dienste besonders wichtig?
- Erhalten die Budgetnehmer/innen über das Persönliche Budget hinaus weitere (unentgeltliche) Unterstützung?

Im Zentrum des Kapitels 6.3 stehen die Einstellungen zu und die Erfahrungen von Leistungsanbietern mit dem Persönlichen Budget. Grundlage für die Darstellung bildet die durchgeführte Befragung der Leistungsanbieter in den Modellregionen (vgl. Kap. 2.4.4). Ausgehend von einer Charakterisierung der an der Befragung teilnehmenden Leistungsanbieter und ihres Angebots werden deren Informationsstand bezüglich des Persönlichen Budgets und ihre Informationstätigkeit beleuchtet, die Nachfragesituation nach Leistungen durch Budgetnehmer/innen nachgezeichnet, von (ersten) Erfahrungen mit der Leistungserbringung innerhalb Persönlicher Budgets berichtet und schließlich die Einschätzungen und Bewertungen der Leistungsanbieter zum Persönlichen Budget dargestellt.

Zusammengefasst und diskutiert werden diese Analysen schließlich in Kapitel 6.4.

6.1 Angebotsstrukturen in den Modellregionen

Mit der Einführung (trägerübergreifender) Persönlicher Budgets zielt der Gesetzgeber auf die Stärkung von Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit Behinderung und erwartet positive Effekte auf die Entwicklung der Versorgungsstrukturen. Erreicht werden sollen diese Veränderungen durch die mit dem Persönlichen Budget einhergehende Stärkung der Nachfragedimension. Insgesamt soll damit ein Wandel von einem angebots- und institutionszentrierten zu einem nachfrageorientierten sozialen Dienstleistungssystem vollzogen und eine höhere Bedarfsgerechtigkeit und Passgenauigkeit der Hilfen erreicht werden (vgl. Kap. 1.1).

Gleichzeitig wird von verschiedenen Seiten darauf verwiesen, dass ein differenziertes und flexibles Leistungsangebot (zu einem bestimmten Maß) bereits vorhanden sein muss bzw. dass die Bereitschaft der Einrichtungen und Dienste, einzelne Leistungen oder Leistungsmodule anzubieten, eine Grundvoraussetzung dafür ist, dass sich Menschen mit Unterstützungsbedarf mittels des Persönlichen Budgets die gewünschten und benötigten Leistungen einkaufen können.

Vor dem Hintergrund theoretischer Überlegungen und bisheriger Erfahrungen (vgl. Kap. 1.4) ist davon auszugehen, dass vor allem folgende strukturelle Voraussetzungen eine Umsetzung Persönlicher Budgets begünstigen:

- ein ausreichendes und gut zu erreichendes Angebot an Beratung, das sicherstellt, dass Menschen mit Behinderung über Rehabilitations-, Pflege- und Unterstützungsmöglichkeiten umfassend informiert und beraten werden,
- ein gut ausgebautes und differenziertes Angebotsspektrum an Unterstützungsleistungen (insbesondere im ambulanten Bereich), welches Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen und Unterstützungsbedarfen genügend Wahlmöglichkeiten bietet,

- eine einheitliche Zuständigkeit innerhalb der Sozialhilfe (ein Sozialhilfeträger ist sowohl für ambulante, teil- und vollstationäre Leistungen zuständig und trägt auch die Kosten dafür).

Im Folgenden wird ausgehend von einer Übersicht über die Zahl der Leistungsempfänger im stationären und im ambulant betreuten Wohnen in den acht Modellregionen der Frage nachgegangen, welche Angebotsstrukturen in drei exemplarisch ausgewählten Modellregionen (Berlin, Bayern und Hessen) vorfindbar sind und inwiefern sich strukturelle Bedingungsfaktoren für die Umsetzung Persönlicher Budgets tatsächlich als förderlich erwiesen haben. Zunächst wird dabei die Zahl der Eingliederungshilfeberechtigten ins Verhältnis zum Beratungs- und Unterstützungsangebot insbesondere im Bereich „Wohnen“ gesetzt. Regionale Besonderheiten, die die Umsetzung Persönlicher Budgets befördert bzw. behindert haben, werden, soweit sie der wissenschaftlichen Begleitforschung bekannt sind, ebenfalls in die Darstellung einbezogen.

6.1.1 Die Modellregion Berlin

In Berlin bezogen im Laufe des Jahres 2004 knapp 23.000 Menschen mit Behinderung Leistungen der Eingliederungshilfe (vgl. STATISTISCHES LANDESAMT BERLIN 2005), davon nahmen 11.000 ambulant erbrachte Eingliederungshilfen in Anspruch. Dies entspricht einem Anteil von knapp 47 % an allen erbrachten Eingliederungshilfen.

Unterstützungsangebote für Menschen mit geistiger und/körperlicher Behinderung

In Bezug auf die Unterstützungsangebote für Menschen mit Körper- und/oder geistiger Behinderung wurden zwei Datenquellen herangezogen: zum einen der „Bericht zur Lage der Menschen mit Behinderung und ihrer Teilhabe in Berlin 2006“ der SENATSWERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT, SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ BERLIN (2006) und zum anderen die von CON_SENS (2005) durchgeführte Bestands- und Bedarfserhebung „Wohnen für Menschen mit einer Behinderung in Berlin“.

Insgesamt stehen im Land Berlin erwachsenen Menschen mit Behinderung insgesamt knapp 6.000 „Plätze“ in verschiedenen betreuten Wohnformen zur Verfügung. Etwa die Hälfte dieser Plätze wird in ambulant betreuten Wohnformen (betreute Wohngemeinschaften und betreutes Einzelwohnen) vorgehalten (vgl. Tabelle 46).

Zahl und Art der Wohnangebote	Platzzahl
102 Wohnheime mit Tagesstrukturierung für erwachsene behinderte Menschen	3.130 ³³
238 Wohngemeinschaften für erwachsene behinderte Menschen	1.130
Betreutes Einzelwohnen für erwachsene behinderte Menschen, angeboten von 43 Trägern	1.658
Herbergsplätze (Kurzzeitunterbringung) für Menschen mit geistiger und/oder Körperbehinderung (auch Kinder und Jugendliche)	16
14 Wohneinrichtungen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene	439
1 Intensivfördergruppe für Kinder und Jugendliche mit schweren Behinderungen	6

Tabelle 46: Zahl, Art und Zielgruppe des Wohnangebots in Berlin (Stand: 27.02.06; vgl. SENATS-VERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT, SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ 2006, 108ff.)

Unterstützungsangebote für Menschen mit psychischer Erkrankung

Für Menschen mit psychischer Erkrankung stehen – prozentual gesehen – noch mehr ambulante Wohnangebote zur Verfügung als für Menschen mit geistiger Behinderung/ Körperbehinderung (vgl. Tabelle 47).

Art der Wohnangebote	Plätze
Wohnheime	215
Übergangswohnheime	158
Wohngemeinschaften	1.178
Betreutes Einzelwohnen	1.437
Wohnverbünde	776
Gesamt	3.764

Tabelle 47: Betreute Wohnformen für Menschen mit psychischer Erkrankung am 31.12.2005 in Berlin (vgl. SENATSVERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT, SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ 2006, 112)

Aufgrund dieser Angebotssituation werden von knapp 4.300 psychisch kranken Eingliederungshilfeempfängern lediglich 360 in Heimen und Übergangswohnheimen betreut (Stichtag 31.12.2004). Ergänzt wird dieser entgeltfinanzierte Versorgungsbereich durch die Betreuungsleistungen der öffentlichen Gesundheitsdienste (sozial-, kinder- und jugendpsychiatrische Dienste) und die niedrigschwelligen Betreuungsangebote von Kontakt- und Beratungsstellen sowie psychiatrischen Zuverdienstangeboten (vgl. ebd., 32ff.). Die ambulante Versorgung von Menschen in psychosozialen Krisen und in psychiatrischen Notfallsituationen der Stadt Berlin wird von der GbR Berliner Krisendienst (BKD) sichergestellt. Dieser Dienst ist

³ Darin sind 179 Heimplätze in fünf Einrichtungen enthalten, die außerhalb Berlins speziell für Menschen mit Behinderung aus Berlin geschaffen wurden.

Teil des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems und arbeitet außerhalb der üblichen Öffnungszeiten des ambulant-komplementären Betreuungsangebots (vgl. ebd., 30f.).

Einzelfallhilfe und Persönliche Assistenz

Über das ambulant betreute Wohnen hinaus stehen für Menschen mit Unterstützungsbedarf in Berlin zwei weitere (ambulante) Unterstützungsformen zur Verfügung. Dies sind zum einen im Bereich der Eingliederungshilfe die Einzelfallhilfe/Unterstützung durch Einzelfallhelfer, zum anderen im Bereich der Hilfe zur Pflege Persönliche Assistenz für Menschen mit sehr umfänglichen und vielschichtigen Unterstützungsbedarfen.

In der Einzelfallhilfe unterstützt ein fachlich qualifizierter und persönlich ausgewählter Helfer eine Person mit Unterstützungsbedarf, um deren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu sichern bzw. zu erweitern. Dazu wird ein am individuellen Bedarf orientiertes wöchentliches Stundenkontingent vom Fachdienst des Gesundheitsamts und dem zuständigen Leistungsträger den Beteiligten (Klient/in und Einzelfallhelfer/in) vorgeschlagen und schließlich vereinbart. Einzelfallhilfe ermöglicht es Menschen mit Behinderung, in der eigenen Häuslichkeit zu wohnen und ihr Leben weitgehend selbst zu gestalten. Damit können Menschen mit Behinderung in einigen Bezirken Berlins ein weiteres relativ flexibles Betreuungsangebot nutzen (in einigen Bezirken in Berlin wird diese Art der Hilfe nur dann bewilligt, wenn die Helfer/innen in Vereinen organisiert sind und diese eine Vereinbarung gemäß § 75ff. SGB XII mit dem Leistungsträger geschlossen haben).

Bezüglich des Persönlichen Assistenzmodells besteht in Berlin eine vertragliche Regelung, mit der diese Leistung im Rahmen der Hilfe zur Pflege beschrieben und vereinbart ist. Sie soll Menschen mit Behinderung/pflegebedürftigen Menschen den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen. Die Vereinbarung gilt speziell für drei Assistenzdienste („Ambulante Dienste e.V.“, „Lebenswege für Menschen mit Behinderungen gGmbH“ und „Phönix Soziale Dienste gGmbH“). Von diesen drei Diensten wurden zum Stichtag 31.12.2005 insgesamt 133 Klient/innen nach dem Assistenzmodell betreut (vgl. ebd., 29). Neben der Leistungserbringung über eine Einrichtung besteht die Möglichkeit des sog. Arbeitgebermodells, bei dem die gesamte Unterstützung, Pflege und Betreuung von der/dem Leistungsberechtigten in Eigenverantwortung und als Experte/ in eigener Sache organisiert wird. Der „Arbeitsgemeinschaft Selbstbestimmt Leben schwerstbehinderter Menschen (ASL e. V.)“ sind zum Stichtag 31.12.2005 13 Menschen mit Behinderung im Arbeitgebermodell bekannt (vgl. ebd., 30).

Beratungsangebote für Menschen mit Behinderung

Das Land Berlin verfügt über ein gut ausgebautes und differenziertes System an Beratungsstellen. *Öffentliche Beratungsstellen* – meist in Verbindung mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst/ den Gesundheitsämtern – bieten u.a. Informationen und Beratung für Menschen mit Behinderung bzw. von Behinderung bedrohten Menschen an. Von besonderer Bedeutung sind die in allen Berliner Bezirken vorhandenen „Beratungsstellen für chronisch kranke und behinderte Menschen“ und die „Sozialpsychiatrischen Dienste“. Ihre Tätigkeitsschwerpunkte liegen, neben der Erstellung von ärztlichen Gutachten (Hilfe- und Pflegebedarfseinschätzung, Eingliederungshilfe, Pflegeversicherung), in der fachspezifischen, persönlichen Beratung und Information über Hilfsmöglichkeiten und Ansprüche unter anderem auch zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie die Weitervermittlung an andere Institutionen und Selbsthilfegruppen. Im Jahr 2004 betreuten diese beiden Dienste im Land Berlin zu-

sammen 63.375 Personen (vgl. ebd., 32, 39). Die sehr gute Zusammenarbeit zwischen diesen Beratungsangeboten und den Sozialhilfeträgern stellt in Berlin eine wesentliche Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung Persönlicher Budgets dar, weil Menschen mit Behinderung sich häufig zuerst an diese Dienste wenden und dort u.a. zu den Möglichkeiten eines Persönlichen Budgets informiert werden.

Ergänzt wird das Netz der öffentlichen Beratungsstellen durch *Beratungsstellen freier Träger*, deren Hauptaufgabe die Beratung Betroffener und die Vermittlung von Information und Hilfen ist. Dazu können auch die vielen Selbsthilfegruppen gezählt werden, die sich unter dem Dachverband der Landesvereinigung Selbsthilfe (LV Selbsthilfe) zusammengeschlossen haben.

Die Beratungsstelle „SEKIS“ („Selbsthilfe-, Kontakt- und Informationsstelle“) „ist ein überbezirklicher Knotenpunkt von Einrichtungen der Selbsthilfe, Nachbarschaftsarbeit, Familien, Kindern, Jugendlichen und älteren Erwachsenen. Ratsuchende Menschen können sich u.a. dann an SEKIS wenden, wenn sie nicht genau wissen, wo und wie sie Kontakt zu Selbsthilfegruppen bekommen können. SEKIS klärt, ob eine und welche Selbsthilfegruppe für den Ratsuchenden in Frage kommt und bringt sie miteinander in Kontakt“ (vgl. ebd., 45).

Zentrale Anlauf- und Vermittlungsstellen finden Berliner Bürgerinnen auch bei den Allgemeinen Sozialen Diensten der Wohlfahrtsverbände und bei „Lotse“. Als gemeinsame Versorgungsleistung aller Berliner Anbieter von betreuten Wohnplätzen für Menschen mit Behinderung bietet „Lotse“ Beratung und Unterstützung in allen Phasen des Vermittlungsprozesses in eine betreute Wohnform an (vgl. ebd., 45).

Menschen mit psychischen Erkrankungen finden Kontakt, Freizeitangebote, Beratung und Information in 28 Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen in Berlin. Im Jahr 2003 nutzten rund 284.000 Besucher/innen dieses Angebot (vgl. ebd., 47).

Fazit

Insgesamt finden Menschen mit Behinderung in Berlin ein gut ausgebautes und breitgefächertes System an Beratungsstellen vor. Ein Teil der Beratungsstellen wird aufsuchend tätig. Unterstützung im Alltag und beim Wohnen wird zu einem vergleichsweise großen Teil ambulant erbracht. Mit Einzelfallhilfe und Persönlicher Assistenz stehen Menschen mit Unterstützungsbedarfen Angebote zur Verfügung, die hohe Selbstbestimmungs- und Teilhabechancen bieten. Allerdings basieren diese Möglichkeiten auf Ermessensentscheidungen und individuellen Absprachen, die nicht in allen Bezirken gleichermaßen getroffen werden.

Neben der guten Versorgungsstruktur tragen in Berlin weitere Faktoren zur gelingenden Umsetzung Persönlicher Budgets bei:

- Eine ungeteilte Zuständigkeit innerhalb der Sozialhilfe erleichtert die Gestaltung Persönlicher Budgets.
- Die Fachdienste der Gesundheitsämter (Sozialpsychiatrische Dienste, Beratungsstellen für behinderte Menschen) waren von Beginn des Modellprojekts an in der Projektgruppe vertreten. Sie waren daher stets über den Stand des Projekts, Gestaltungsfragen Persönlicher Budgets etc. informiert und konnten ihrerseits Menschen mit Behinderung zu den Möglichkeiten eines Persönlichen Budgets beraten. Die Fachdienste der Gesundheitsämter sind zentrale Beratungsstellen, an die sich viele

Menschen mit Behinderung wenden; sie sind damit auch in der Lage, für die Leistungsform Persönliches Budget zu „werben“. Auch für eine unkomplizierte Weitervermittlung der Leistungsberechtigten von den Fachdiensten an den Sozialhilfeträger war von Vorteil, dass sich die beteiligten Personen aus der Projektgruppenarbeit persönlich kannten.

- Mit der parallel zum Modellprojekt verlaufenden Einführung des Fallmanagementsystems in die Sozialhilfe (vgl. Kap. 2.2.2) und der damit verbundenen Schulung von Sachbearbeiter/innen zu Fallmanagern konnte eine Qualifizierung auch im Hinblick auf das Persönliche Budget erfolgen.
- Um die Umsetzung trägerübergreifender Persönlicher Budgets für die Verwaltungen zu erleichtern, wurden z.B. Netzwerke innerhalb der Sozial- und Jugendhilfe der Bezirke aufgebaut und ein Rundbrief an die Bezirksverwaltungen erarbeitet, der detaillierte Informationen zur Umsetzung Persönlicher Budgets enthält.

6.1.2 Die Modellregion Bayern

In Bayern beteiligen sich zwei Sozialleistungsträger am Modellprojekt: der örtliche Sozialhilfeträger der Landeshauptstadt München (in Kooperation mit dem Bezirk Oberbayern) und der Bezirk Mittelfranken als überörtlicher Sozialhilfeträger. Da es dem Bezirk Mittelfranken gelungen ist, in der Projektphase knapp 100 Persönliche Budgets zu gestalten, ist die folgende Analyse der Versorgungsstrukturen auf diesen Bezirk fokussiert. Dieses Ergebnis geht neben dem Engagement des überörtlichen Sozialhilfeträgers vor allem auf die aktive Beteiligung zweier örtlicher Sozialhilfeträger, der Stadt Erlangen (26 Persönliche Budgets) und der Stadt Fürth (32 Persönliche Budgets), zurück. Soweit möglich werden die örtlichen Versorgungsstrukturen in die folgende Darstellung einbezogen.

Menschen mit Behinderung in stationären und ambulant betreuten Wohnformen

In Bayern leben rund 30.000 erwachsene Menschen mit Behinderung in Heimen und ambulant betreuten Wohnformen (Stichtag: 01.07.06). Betrachtet man die Heimbewohner/innen genauer, so wird deutlich, dass es vor allem Menschen mit geistiger Behinderung (46 %), Menschen mit mehrfachen Behinderungen (24 %) und Menschen mit psychischer Erkrankung (20 %) sind, die in Heimen und betreuten Wohnformen leben. Lediglich 340 der rund 30.000 Leistungsberechtigten, die Unterstützung in Wohnangeboten erhalten, nutzen ambulante Leistungen. Dies sind zum größten Teil Menschen mit psychischer Erkrankung.

Im Regierungsbezirk Mittelfranken leben insgesamt 5.094 Menschen mit Behinderung in Heimen und betreuten Wohnformen. Auch hier sind es vor allem Menschen mit geistiger Behinderung (48 %), Menschen mit Mehrfachbehinderung (24 %) und Menschen mit psychischer Erkrankung (17 %), die Unterstützung in Wohneinrichtungen in Anspruch nehmen.

Angebote im Bereich Wohnen für Menschen mit Behinderung

Laut dem Statistischen Bericht „Heime und betreute Wohnformen für volljährige Menschen mit Behinderung in Bayern (Stand: 1. Juli 2006)“ (vgl. BAYERISCHES LANDESAMT FÜR STATISTIK UND DATENVERARBEITUNG 2007b) gibt es in Bayern 660 Heime und betreute Wohnformen für volljährige Menschen mit Behinderung. Der statistische Bericht unterscheidet grundsätz-

lich zwischen eingliedrigen und mehrgliedrigen Einrichtungen. Zu den *eingliedrigen Einrichtungen* zählen *Pflegeheime* (Einrichtungen für intensiv pflegebedürftige behinderte Erwachsene, die aufgrund der Schwere ihrer Behinderungen keiner Beschäftigung außerhalb ihrer Gruppe nachgehen), *Wohnpflegeheime* (Heime für schwerbehinderte Erwachsene, die zumindest wenige Stunden täglich einer Beschäftigung in einer Förderstätte/Fördergruppe nachgehen), *Wohnheime* (Heime für behinderte Erwachsene, die in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder auf dem freien Arbeitsmarkt beschäftigt sind oder zumindest bei Einzug dort beschäftigt waren), *Kurzzeitpflegeheime* (Heime zur stationären Betreuung behinderter Erwachsener, deren Aufenthalt auf wenige Tage bis mehrere Wochen befristet ist), *Übergangseinrichtungen* (Einrichtungen, in denen der Aufenthalt von Anfang an befristet und mit dem Erreichen einer Zielsetzung verbunden ist), *Wohngemeinschaft/Betreute Wohnform* (kleine selbstständige Wohneinheiten für behinderte Erwachsene, die von einem Träger meist ambulant betreut werden). Zu den *mehrgliedrigen Einrichtungen* zählen Langzeiteinrichtungen und Lebens- und Dorfgemeinschaften (vgl. ebd., 2 und 5).

Art der Einrichtung	Anzahl	Plätze
Gesamt	660	30.492
<i>Eingliedrige Einrichtungen gesamt</i>	569	17.825
davon		
Pflegeheime	51	2.257
Wohnpflegeheime	85	2.786
Wohnheime	358	11.183
Kurzzeitpflegeheime	--	--
Übergangseinrichtungen	38	1.243
Wohngemeinschaften/ betreute Wohnformen	37	356
<i>Mehrgliedrige Einrichtungen gesamt</i>	91	12.667
davon		
Mehrgliedrige Langzeiteinrichtungen	82	12.114
Lebens- und Dorfgemeinschaften	9	553
<i>Nach Regierungsbezirken</i>		
Oberbayern	195	9.188
Niederbayern	67	2.510
Oberpfalz	81	3.161
Oberfranken	59	2.626
Mittelfranken	91	5.180
Unterfranken	93	2.886
Schwaben	74	4.941

Tabelle 48: Heime und betreute Wohnformen für volljährige Menschen mit Behinderung und vorhandene Plätze am 1. Juli 2006 nach Einrichtungsarten und Regierungsbezirken (vgl. BAYERISCHES LANDESAMT FÜR STATISTIK UND DATENVERARBEITUNG 2007b, 6)

Wie Tabelle 48 deutlich macht, sind eingliedrige Einrichtungen in Bayern deutlich in der Mehrzahl (569 von 660 Einrichtungen, 86 %). Sie bieten Plätze für über 17.800 Menschen mit Unterstützungsbedarf. Betrachtet man die Wohngruppengröße, so fällt auf, dass in einem Drittel der Wohngruppen elf Personen und mehr leben. Der Großteil der Wohngruppen (45 %) in Bayern umfasst zwischen sieben bis unter elf Personen (vgl. ebd., 16). Selbstständigere Wohnformen wie Wohngemeinschaften und betreute Wohnformen machen insgesamt nur einen kleinen Teil der Einrichtungen und vor allem der Platzzahlen aus: Es gibt 37 Wohngemeinschaften/betreute Wohnformen (dies entspricht knapp 7 % der eingliedrigen Einrichtungen) mit insgesamt knapp 360 Plätzen (dies entspricht 2 % des Platzangebots der eingliedrigen Einrichtungen).

Im **Regierungsbezirk Mittelfranken** stehen knapp 5.200 Plätze in 91 Heimen und betreuten Wohnformen zur Verfügung.

Für **Menschen mit psychischer Erkrankung** bestehen in Mittelfranken insgesamt über 1.500 stationäre Wohnplätze in Langzeit- und Übergangseinrichtungen (vgl. SOZIALPÄDAGOGISCH-MEDIZINISCHER FACHDIENST DES BEZIRKS MITTELFRANKEN 2007). Diese Einrichtungen halten darüber hinaus 52 Plätze im Betreuten Wohnen vor.

Ergänzt wird das stationäre Angebot durch ambulante Angebote wie „Therapeutische Wohngemeinschaften“ und „Betreutes (Einzel-)Wohnen“. So kommen z.B. in der Stadt Erlangen zu dem stationären Wohnangebot von 86 Wohnplätzen von fünf Leistungsanbietern vier Leistungserbringer mit insgesamt 75 Plätzen in Therapeutischen Wohngemeinschaften und im Betreuten (Einzel-)Wohnen hinzu. In Fürth gibt es zwei Leistungserbringer, die insgesamt 44 stationäre Wohnplätze für seelisch behinderte Menschen anbieten. Im Landkreis Fürth besteht darüber hinaus ein Fachkrankenhaus (Reha-Einrichtung) mit 40 Plätzen.

Sonstige Angebote für Menschen mit Behinderung in Bayern

Für Menschen mit bestimmten Behinderungen (z.B. Sinnesbehinderungen, chronische Erkrankungen, Autismus) bestehen überregionale Spezialdienste auf der Ebene der Regierungsbezirke (vgl. BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG, FAMILIE UND FRAUEN 2007). Für den Bezirk Mittelfranken sind zehn überregional zuständige Dienste für die beschriebenen Personengruppen verzeichnet. Dazu kommen 21 regionale Beratungs- und Betreuungsdienste (u.a. zwei in Ansbach, drei in Erlangen, zwei in Fürth, vier in Nürnberg).

Der größte Teil der Budgetnehmer/innen wohnt in den Städten Fürth und Erlangen. Für diese Städte bzw. Landkreise liegen so genannte Wegweiser vor, in denen Beratungs- und Unterstützungsangebote zusammengestellt sind. Laut Experteneinschätzung (Interview mit Vertreter/innen der Leistungsträger, 08/06) weist Erlangen gegenüber Fürth eine differenziertere Anbieterlandschaft auf. In Fürth konnte innerhalb der Projektlaufzeit die Gründung eines neuen Leistungsanbieters („AST e.V.“) beobachtet werden, der speziell Unterstützungsleistungen für Budgetnehmer/innen anbietet.

Der größte Teil der mittelfränkischen Budgetnehmer/innen lebt in der dicht besiedelten und industriell geprägten Region Nürnberg-Fürth-Erlangen. Im ländlich geprägten West-Mittelfranken gibt es bislang kaum Budgetnehmer/innen. Insgesamt sind Menschen mit Behinderung in Mittelfranken auf ein deutlich stationär geprägtes Angebot an Unterstützung im Bereich der Alltagsgestaltung und des Wohnens angewiesen. Menschen mit Behinderung, die ambulant unterstützt werden möchten, finden in Bayern nur wenige Leistungsanbieter.

Gegenwärtig gibt es Bemühungen, den ambulanten und teilstationären Versorgungsbereich für Menschen mit psychischer Erkrankung und Suchterkrankung zu verbessern; im Herbst 2006 wurde ein entsprechendes Konzept vom Sozialausschuss verabschiedet.

Fazit

Neben einer stationär geprägten Versorgungsstruktur erschwerte die getrennte Zuständigkeit innerhalb der Sozialhilfe bzw. die Unsicherheit, wo die Zuständigkeiten gebündelt werden, die Umsetzung Persönlicher Budgets (erst ab 2008 ist eine einheitliche Zuständigkeit des überörtlichen Sozialhilfeträgers für alle Eingliederungshilfeleistungen vorgesehen). Als Folge unterblieb z.B. die Etablierung eines (dringend für notwendig gehaltenen) medizinisch-pädagogischen Fachdienstes auf örtlicher Ebene. Um diesen Nachteil ausgleichen und z.B. Menschen mit Behinderung für das Persönliche Budget motivieren zu können, wurden zahlreiche Informationsveranstaltungen durchgeführt. Auch die enge Zusammenarbeit mit Leistungsanbietern (z.B. im Bedarfsfeststellungsverfahren) oder die Information und Einbindung von gesetzlichen Betreuern ist in diesem Zusammenhang zu sehen. Die Nutzung von Vorerfahrungen mit dem Persönlichen Budget – Mittelfranken führte vor Beginn des Modellprojekts einen eigenen Modellversuch zum Persönlichen Budget durch (vgl. Kap. 1.4) – begünstigte die Umsetzung Persönlicher Budgets: So waren Verfahrenswege und die Zusammenarbeit mit örtlichen Sozialhilfeträgern angebahnt, einige Informationsveranstaltungen zum Persönlichen Budget hatten bereits stattgefunden und es gab Budgetnehmer/innen, die von ihren positiven Erfahrungen berichten konnten.

6.1.3 Die Modellregion Hessen

Im Bundesland Hessen erhalten ca. 43.000 Personen Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (vgl. HESSISCHES STATISTISCHES LANDESAMT 2007, 35). Etwa die Hälfte dieser Leistungsempfänger/innen (24.150) bezieht Leistungen im Bereich Wohnen, die in etwa 64 % der Fälle in Wohneinrichtungen und in 36 % in ambulant betreuten Wohnformen erbracht werden (vgl. Tabelle 49).

Hilfeart	Empfänger/innen
Eingliederungshilfe für behinderte Menschen zusammen	43.430
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	341
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	10
Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen	14.524
Leistungen zur Teilhabe am Leben der Gemeinschaft	33.327
davon:	
Hilfsmittel ohne Hilfe nach §§ 26,31 und 33 SGB IX	197
Heilpädagogische Leistungen für Kinder	7.909
Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten	1.034
Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt	45
Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung	281
Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten	24.150
davon in	
einer eigenen Wohnung (ambulant betreut)	9.031
einer Wohngemeinschaft (ambulant betreut)	5
einer Wohneinrichtung	15.542
Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben	4.093
Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung	3.664
Hilfen zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule	161
Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit	74
Hilfe in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten nach § 56 SGB XII	2
Nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztl. und ärztl. verordneten Leistungen und zur Sicherheit der Teilhabe am Arbeitsleben	241
Sonstige Leistungen der Eingliederungshilfe	1.504

Tabelle 49: Empfänger/innen von Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in Hessen im Laufe des Berichtsjahres 2005 (vgl. HESSISCHES STATISTISCHES LANDESAMT 2007c).

Dieses im bundesweiten Vergleich gute Verhältnis von stationären und ambulanten Angeboten in Hessen bildet sich auch im Kennzahlenbericht von CON_SENS (o.J., 26) ab. Demnach erhalten im Jahr 2004 3,22 Leistungsberechtigte pro 1.000 Einwohner Eingliederungshilfeleistungen im Bereich Wohnen; dazu zählen stationäres Wohnen, betreutes Wohnen und begleitetes Wohnen in der Familie. In absoluten Zahlen ausgedrückt erhalten 12.600 Personen Leistungen im stationären Wohnen, 6.912 Personen werden ambulant betreut und 113 leben in Pflegefamilien.

Marburg-Biedenkopf

Nach Angaben des HESSISCHEN STATISTISCHEN LANDESAMTS (2007c) erhielten im Kreis Marburg-Biedenkopf Ende 2005 14 Personen Eingliederungshilfe vom örtlichen Sozialhilfeträger und 672 Personen bezogen Hilfe zur Pflege.

Zur regionalen Angebots- und Beratungsstruktur liegen keine publizierten Informationen vor. Der Projektkoordinator nannte der wissenschaftlichen Begleitforschung 16 anerkannte Leistungsanbieter und Selbsthilfegruppen (mit eigenen Unterstützungsangeboten) im Landkreis Marburg-Biedenkopf. Darunter sind zwei Beratungsstellen, drei Betreuungsvereine sowie fünf Leistungsanbieter, die in der Mehrzahl stationäre, in einigen Fällen auch teilstationäre und ambulante Wohn- und Beschäftigungsangebote vorhalten. Ein Leistungserbringer bietet neben ambulanter Unterstützung im Bereich Wohnen, Beratung und einem Familienunterstützenden Dienst auch einen Assistenzdienst für Menschen mit Behinderung bzw. einen Assistenten-Vermittlungsdienst an. Über diese Leistungsanbieter hinaus benannten InDiPro-Mitarbeiter/innen acht weitere Leistungsanbieter (darunter zwei Selbsthilfegruppen und eine Beratungsstelle), die Leistungen insbesondere für Menschen mit geistiger Behinderung zur Verfügung stellen.

Groß Gerau

Vom örtlichen Sozialhilfeträger bewilligte Eingliederungshilfeleistungen bezogen am Jahresende 2005 262 Personen, Leistungen der Hilfe zur Pflege 332 Personen (vgl. ebd., 34f.).

Laut „Sachstandsbericht zur Versorgung von Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen im Kreis Groß-Gerau“, der in Kürze veröffentlicht werden wird, stehen im Kreis Groß-Gerau 236 Wohnheimplätze und 6 Kurzzeitwohnplätze zur Verfügung. Dazu kommen etwa 40 Plätze im ambulant betreuten Wohnen. Arbeit und Beschäftigung in einer WfbM können Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung an zwei Standorten in Kreis Groß-Gerau finden. Das WfbM-Angebot wird ergänzt durch Tagesstätten, die tagesstrukturierende Angebote für 116 Menschen mit Behinderung vorhalten. Familien mit behinderten Angehörigen finden Unterstützung und Entlastung bei zwei Familienentlastenden Diensten.

Im Kreis Groß-Gerau gibt es insgesamt fünf Leistungsanbieter, die Unterstützung im Bereich Wohnen für Menschen mit psychischer Erkrankung anbieten. Mit Ausnahme eines Leistungserbringers bieten alle neben ambulanten Leistungen auch stationäre Wohnformen an. Im Bereich Arbeit, Beschäftigung und Tagesstrukturierung finden Menschen mit psychischer Erkrankung in vier Tagesstätten, einem Beschäftigungsprojekt, einer WfbM und einer ambulanten Arbeitstherapie Angebote vor.

Insgesamt verhalten sich die etablierten Leistungsanbieter im Kreis Groß-Gerau dem Persönlichen Budget gegenüber eher abwartend. Während der Projektlaufzeit nahm lediglich eine Sozialpädagogin, die vom Persönlichen Budget gehört hatte und ihre Unterstützungsleistungen Budgetnehmer/innen anbieten wollte, Kontakt mit dem Projektbüro in Groß-Gerau auf.

Fazit

In Hessen haben Menschen mit Behinderung größere Chancen, ambulante Unterstützung im Wohnbereich zu finden als im Bundesdurchschnitt. Der Ausbau des ambulant betreuten Wohnens wird durch den überörtlichen Sozialhilfeträger weiter vorangetrieben. Dies entspricht dem Wunsch vieler Familien mit behinderten Angehörigen, welche die Notwendigkeit von alternativen, vor allem ambulanten Wohnformen immer wieder betonen (vgl. DEUTSCH-ISRAELISCHER VEREIN FÜR REHABILITATION UND SOZIALE EINGLIEDERUNG 2007, 5). Von Angehörigen von Menschen mit Behinderung und Experten werden größere Unterschiede zwi-

schen städtischen und ländlichen Versorgungsregionen in Hessen konstatiert: So finden z.B. Personen, die in ländlichen Gebieten wohnen, vielfach keinen Zugang zu (städtischen) Freizeitangeboten der etablierten Leistungsanbieter (vgl. ebd., 6). Ein Persönliches Budget wurde von Menschen mit Behinderung in Hessen häufig beantragt (und in der Folge auch genutzt), um ihre Teilhabe im Bereich Freizeit zu erweitern. Da für die Begleitung bei Freizeitaktivitäten i.d.R. keine professionelle Assistenz erforderlich ist, können Assistenten aus dem sozialen Umfeld der Budgetnehmer/innen gewonnen werden.

Neben der beschriebenen Versorgungsstruktur spielen folgende Faktoren bei der Umsetzung Persönlicher Budgets in Hessen eine wichtige Rolle:

- Positiv wirken sich – insbesondere für die Gewinnung von Menschen mit geistiger Behinderung – die zusätzliche Öffentlichkeitsarbeit sowie die unabhängige Beratung und Begleitung von InDiPro aus (vgl. Kap. 5.2).
- Das Land Hessen engagiert sich für die Erprobung Persönlicher Budgets und stellte für die Koordination des Projekts zwei Personalstellen zur Verfügung. Damit wurde eine zentrale Anlaufstelle für Interessenten und Budgetnehmer/innen sowie für die beteiligten Rehabilitationsträger geschaffen.
- Getrennte Zuständigkeiten, wie sie derzeit innerhalb der Sozialhilfe in Hessen bestehen, führen notwendigerweise zu einem höheren Koordinations- und Abstimmungsaufwand, der sich im Budgetverfahren insgesamt hinderlich auswirkt.

6.2 Die Nutzung Persönlicher Budgets – Ergebnisse der Budgetnehmerbefragung

Eine zentrale Intention des Persönlichen Budgets ist es, Menschen mit Behinderung selbst entscheiden zu lassen, welche Unterstützung sie von welchen Personen zu welchem Zeitpunkt erhalten. Die folgenden Ergebnisse zeigen auf, wie Budgetnehmer/innen ihre Unterstützung organisieren, für welche Hilfen sie ihr Budget einsetzen und nach welchen Kriterien sie Dienste bzw. unterstützende Personen auswählen.

6.2.1 Organisation der Unterstützung und Gestaltung der Budgetverwendung

In der (Erst-)Befragung der Budgetnehmer/innen wurden diese danach gefragt, wen sie mit dem Persönlichen Budget bezahlen und wie diese Unterstützung organisiert ist. Auf Basis der Befragungsergebnisse lassen sich folgende Modelle der Budgetverwendung unterscheiden (vgl. Abbildung 51).

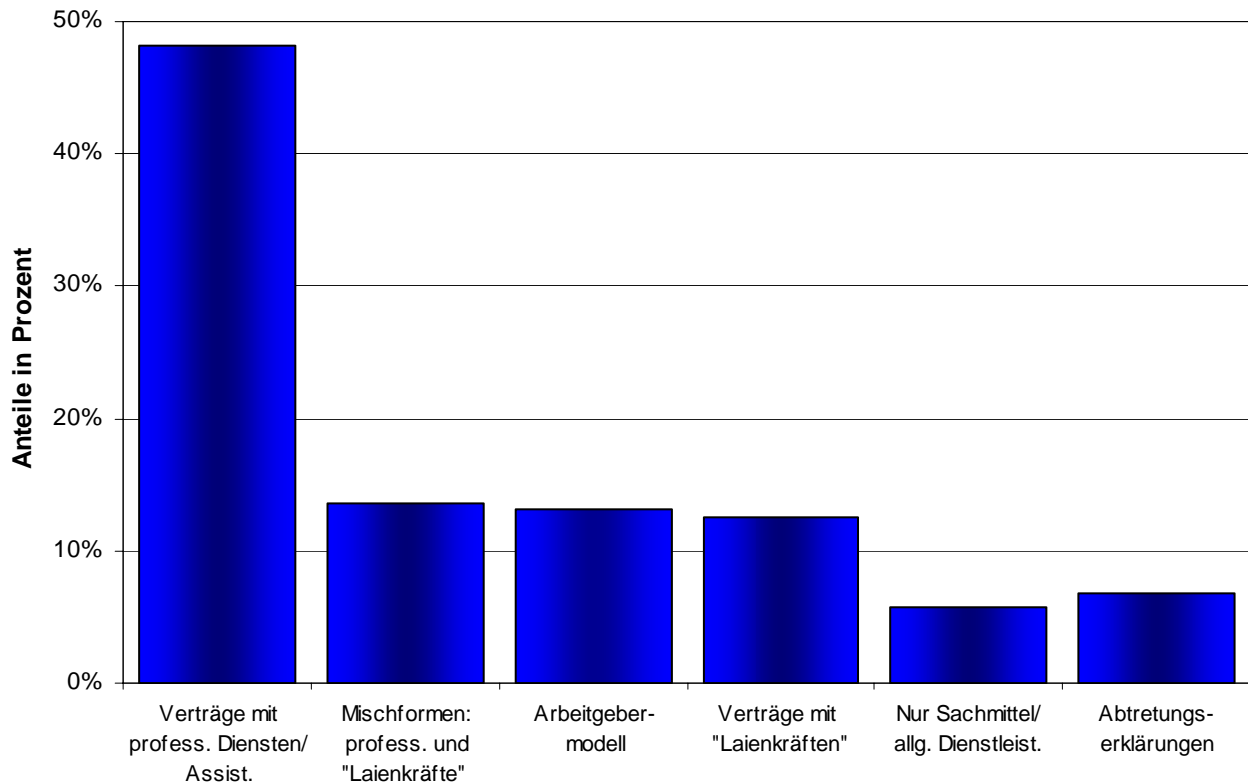


Abbildung 51: Organisationsform der Unterstützung (n=191)

- Mit Hilfe des Budgets werden schwerpunktmäßig professionelle Hilfen eingekauft (z.B. Leistungsverträge mit Einrichtungen, Diensten oder qualifizierten Fachkräften). Dies betrifft etwa die Hälfte der Budgetnehmer/innen (48 %). Einige von ihnen ergänzen die professionellen Hilfen durch die Inanspruchnahme allgemeiner Dienstleistungen (z.B. Bildungskurse, Sportvereine) und Sachmittel (z.B. Sportausrüstung, Fahrkarten).
- Das Persönliche Budget wird hauptsächlich für den „Einkauf“ nicht-professioneller/ nebenberuflicher/informeller Hilfen eingesetzt (13 %); hierunter fallen Hilfen durch Bekannte, Freunde, Angehörige, Nachbarn wie auch durch Studierende, Zivildienstleistende usw. Diese leisten überwiegend Unterstützung im Bereich Freizeit, Teilhabe und Haushalt. Auch diese Form der Unterstützung wird gelegentlich durch allgemeine Dienstleistungen und Sachmittel ergänzt.
- Mit Hilfe des Budgets werden professionelle Hilfen und nicht-professionelle Hilfen kombiniert (14 %). Solche Mischformen bestehen in der Regel aus einer professionellen Fachkraft oder mehreren Fachkräften (häufig im Bereich psychosoziale Unterstützung) und einer oder mehreren „Laienkräften“ (häufig in den Bereichen Haushalt und Freizeit).
- Das Budget dient ausschließlich der Finanzierung von Sachmitteln und/oder allgemeinen Dienstleistungen (6 %). Mit dem Budget werden beispielsweise Hilfsmittel, Fahrtkosten, der Unterhalt eines Autos, Mitgliedsbeiträge für Bildungs-, Musik- oder Sportangebote, aber auch Geschenke und Gefälligkeiten für (unentgeltlich) unterstützende Personen bezahlt (z.B. Eintrittspreise, Fahrtkosten, Verpflegung). Der jeweils

dafür zur Verfügung gestellte Geldbetrag darf entsprechend den in der Zielvereinbarung definierten Bereichen relativ frei verwendet werden.

- Der/die Budgetnehmer/in stellt mit Hilfe des Budgets Assistent/innen im Arbeitgebermodell an (13 %). In der Regel handelt es sich dabei um fest angestellte Kräfte (die Spannweite reicht von Minijobs auf 400-Euro-Basis bis hin zu Vollzeitstellen), für die die Budgetnehmer/innen u.a. auch Sozialversicherungsbeiträge zu entrichten haben. In wenigen Fällen findet sich aber auch eine Kombination mit Honorarkräften oder es wird ausschließlich auf Honorarkräfte zurückgegriffen.
- Abtretungserklärungen und „verdeckte“ Sachleistungen (7 %): In einigen Fällen überweist der Leistungsträger das „Budget“ direkt an den Leistungserbringer, was konzeptionell eher der Sachleistungslogik denn der Idee eines Persönlichen Budgets entspricht (vgl. Kap. 1.2).

Betrachtet man diese **Organisationsformen differenziert nach Modellregionen**, so fällt auf, dass in den Modellregionen Bayern, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein der Anteil der Budgetnehmer/innen, die ihr Persönliches Budget schwerpunktmäßig für professionelle Dienste verwenden und z.T. auch die Anteile der „Mischformen“ höher als in den anderen Regionen sind. Dies ist darauf zurückzuführen, dass diese Modellregionen „Fachkraftquoten“ in den Zielvereinbarungen festlegen, d.h. es wird den Budgetnehmer/innen auferlegt, einen bestimmten Budgetteil für professionelle Dienste/ Einrichtungen einzusetzen (vgl. Kap. 4.4). Auch der in den Bundesländern Rheinland-Pfalz und Thüringen erhöhte Anteil der Budgets, die direkt vom Leistungsträger an den Leistungserbringer überwiesen werden, deckt sich mit der Praxis dieser Modellregionen, im Kontext des Persönlichen Budgets mit „Abtretungserklärungen“ zu arbeiten (vgl. Kap. 4.4).

Das „Arbeitgebermodell“ spielt hingegen insbesondere in Berlin eine große Rolle, und die Unterstützung durch nicht- oder semiprofessionelle Kräfte (i.d.R. private Hilfen) ist in den Modellregionen in Hessen und Rheinland-Pfalz überdurchschnittlich häufig verbreitet. In den zuletzt genannten Modellregionen wurde auch der Großteil der Budgets bewilligt, die ausschließlich für Sachmittel und allgemeine Dienstleistungen gedacht sind.

Zudem zeigen sich **Unterschiede in der Budgetverwendung in Abhängigkeit von der Art der Behinderung** (vgl. Abbildung 52): Während professionelle Unterstützung insbesondere für Menschen mit psychischer Erkrankung (67 %) und für Menschen mit geistiger Behinderung (55 %) eine vorrangige Rolle spielt, bevorzugen Budgetnehmer/innen mit Körperbehinderung Unterstützung im Arbeitgebermodell (38 %) und durch nicht-professionelle Helfer (23 %).

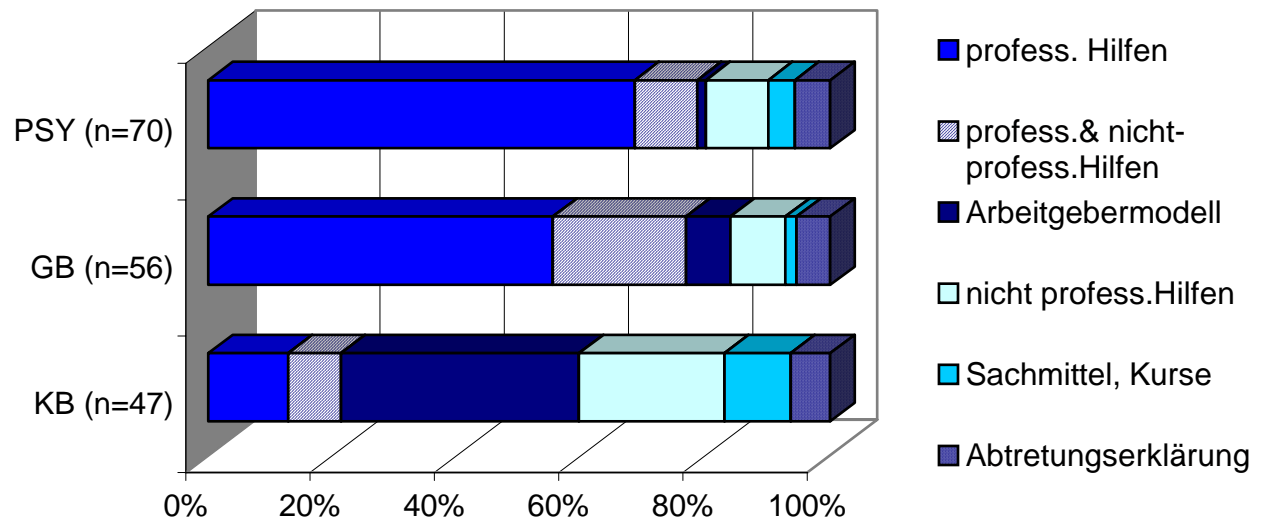


Abbildung 52: Organisation der Unterstützung nach Behinderungsart der Budgetnehmer/innen (n=173)

6.2.2 Art und Inhalt der Unterstützung

Die Angaben der Budgetnehmer/innen auf die Frage „Wen bezahlen Sie mit dem Persönlichen Budget?“ lassen z.T. auch eine Differenzierung nach der Qualifikation der unterstützenden Personen zu (vgl. Tabelle 50).

	Anzahl der Nennungen	Prozent der Fälle
Pädagogische, therapeutische, pflegerische oder medizinische Fachkräfte	82	43 %
Einrichtungen/Dienste (ohne nähere Angaben)	60	31 %
Private Hilfen/ nicht-qualifizierte Kräfte	46	24 %
Sachmittel und allgemeine Dienstleistungen (Aktivitäten, Fahrtkosten, Hilfsmittel u.Ä.)	33	17 %
Haushaltshilfen/Reinigungskräfte	24	13 %
sonstige qualifizierte Fachkräfte (gesetzl. Betreuer, Gebärdensprachdolmetscher, Lohnbüros)	15	8 %
Assistent/innen ohne weitere Angaben, Arbeitgebermodell	14	7 %

Tabelle 50: Wen bezahlen Sie mit dem Persönlichen Budget? (Mehrfachnennungen möglich, n=191)

Der größte Teil der Budgetnehmer/innen (43 %) wird von pädagogischen, therapeutischen, pflegerischen oder medizinischen Fachkräften unterstützt. Knapp ein Drittel der Budgetnehmer/innen (31 %) gibt lediglich an, dass sie von professionellen Einrichtungen/Diensten betreut werden bzw. Leistungen dieser Einrichtungen/Dienste einkaufen. Genaue Angaben

über die jeweiligen Qualifikationen fehlen; es ist jedoch davon auszugehen, dass es sich dabei zum großen Teil um Mitarbeiter/innen mit vergleichbarer Qualifikation handelt. Knapp ein Viertel (24 %) der Budgetnehmer/innen nimmt Unterstützung durch nicht spezifisch qualifizierte Kräfte in Anspruch.

Wie Abbildung 53 zeigt, kaufen die meisten Budgetnehmer/innen mit ihrem Persönlichen Budget alltagspraktische Hilfen wie Unterstützung im Haushalt, psychosoziale Unterstützung oder Begleitung in der Freizeit ein.

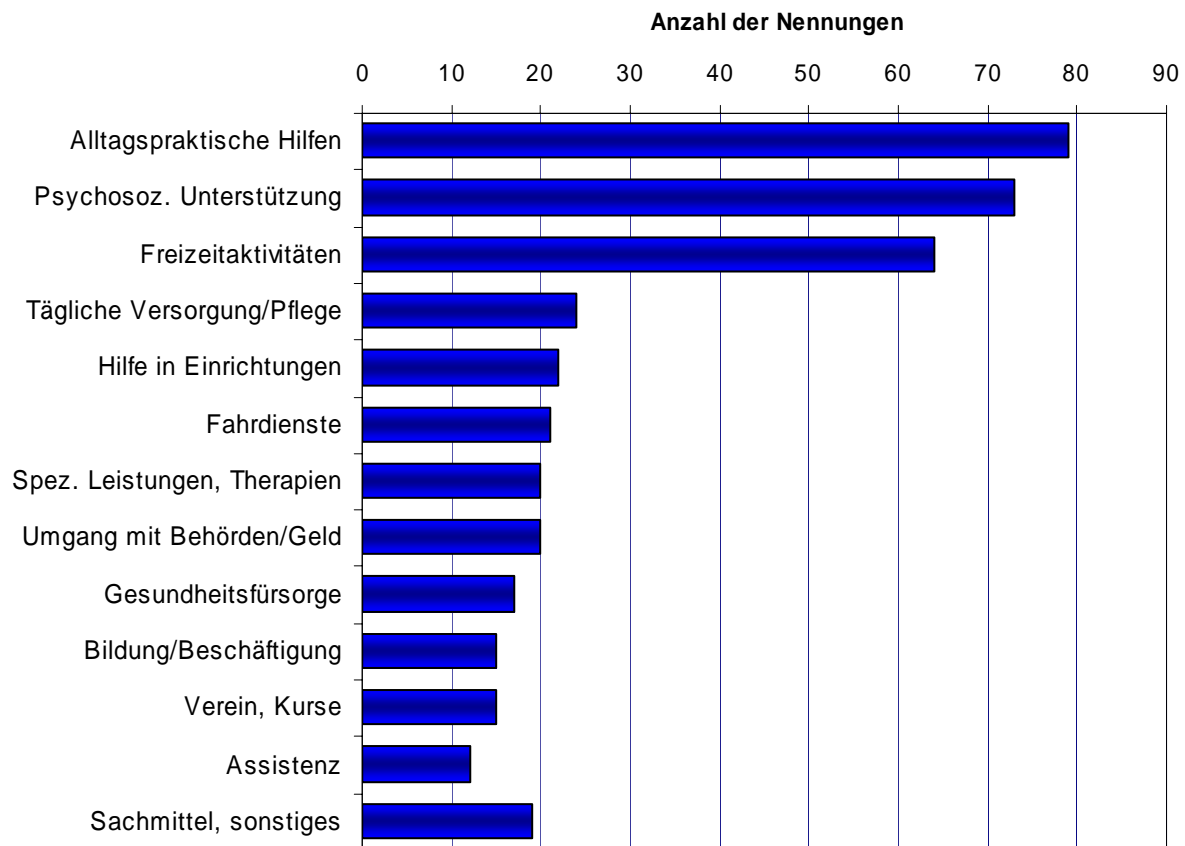


Abbildung 53: Budgetverwendung – „Was bezahlen Sie mit dem Budget? (n=191; Mehrfachantworten, Anzahl der Nennungen)

Differenziert man die Angaben zur Qualifikation der Unterstützer/innen und zur Art der Unterstützung nach Modellregionen, lässt sich Folgendes feststellen:

Insbesondere in den **Modellregionen Schleswig-Holstein, Berlin und Sachsen-Anhalt** greifen die Budgetnehmer/innen überdurchschnittlich häufig auf pädagogische, pflegerische oder medizinische Fachkräfte zurück. Hoch sind diese Anteile auch in den Modellregionen **Bayern (Mittelfranken)** und **Nordrhein-Westfalen**. Insgesamt handelt es sich dabei um Modellregionen, in denen Leistungsverträge mit professionellen Diensten und Einrichtungen eher die Regel sind und in denen im Verhältnis gesehen häufiger alltagspraktische Hilfen, psychosoziale Unterstützung, pflegerische Leistungen, spezielle Leistungen bzw. Therapien oder Unterstützung im Umgang mit Behörden eingekauft werden. Die Anteile „sonstiger qualifizierter Kräfte“ (hierzu gehören beispielsweise auch Lohnbüros) und derer von „Assistent/innen“ sind vor allem in Berlin höher als in den anderen Modellregionen. Diese Beobachtung lässt sich auf die vergleichsweise hohe Anzahl Berliner Budgetnehmer/innen zurückführen.

ren, die ihre Unterstützung als Arbeitgeber/innen selbst organisieren und dazu Assistent/innen einstellen.

Vor allem in der **Modellregion Hessen** unterstützen häufiger nicht-qualifizierte Personen – zumeist aus dem sozialen Umfeld der Leistungsberechtigten – die Budgetnehmer/innen. In Hessen wurden viele Budgets für Unterstützung im Bereich „Freizeit“ bewilligt, die häufig keine qualifizierte (pädagogische) Begleitung erfordert. Des Weiteren fällt auf, dass in **Hessen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz** häufiger Geldbeträge für Sachmittel, Aktivitäten, Fahrtkosten etc. im Rahmen eines Persönlichen Budgets bewilligt und verwendet werden als in anderen Bundesländern. Inhaltlich gesehen spielen Budgets für Fahrtkosten bzw. Fahr- und Bringdienste vor allem in Rheinland-Pfalz und Hessen eine Rolle; Teilnahmegebühren, Beträge für verschiedene Aktivitäten sowie diverse Sachmittel hingegen insbesondere in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz.

Budgetnehmer/innen aus den Modellregionen **Thüringen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Bayern (Mittelfranken)** geben überdurchschnittlich häufig an, dass sie von Einrichtungen und Diensten unterstützt werden bzw. Leistungen von Einrichtungen oder Diensten einkaufen. In Thüringen und Rheinland-Pfalz kann dies auf die stärkere Position von Leistungsanbietern zurückgeführt werden, zumal hier in nennenswertem Umfang mit „Abtretungserklärungen“ gearbeitet wird. In Nordrhein-Westfalen (insbesondere in Bielefeld) gibt es hingegen viele kombinierte Budgets, in denen ein Teil für Unterstützung durch professionelle Dienste (Fachkraftquote) festgelegt ist, der andere Teil hingegen als disponibler Geldbetrag für Aktivitäten, Mitgliedsbeiträge etc. verfügbar ist. In Mittelfranken kaufen sich einige Budgetnehmer/innen gezielt Leistungen in Einrichtungen ein (z.B. tagesstrukturierende Maßnahmen, Arbeitstherapie usw.).

Budgetnehmer/innen mit Körperbehinderung werden im Verhältnis gesehen häufiger von Assistent/innen und nicht-qualifizierten Helfer/innen unterstützt als Menschen mit anderen Behinderungen. Relativ hoch ist auch der Anteil der Budgets, die für Sachmittel, Aktivitäten, Fahrtkosten etc. gedacht sind, sowie der Anteil für Unterstützung durch sonstige qualifizierte Kräfte (z.B. Lohnbüros). Dies erscheint nachvollziehbar, wenn man den spezifischen Unterstützungsbedarf von Menschen mit Körperbehinderung betrachtet: Dabei haben pädagogische Hilfen eine geringere Relevanz als konkrete Assistenzleistungen (zur Haushaltsführung, Mobilität, täglichen Versorgung). Dazu kommt sicherlich der Umstand, dass Menschen mit schwerer Körperbehinderung z.T. 24 Stunden am Tag Unterstützung benötigen und durch den Einsatz studentischer Assistent/innen, Zivildienstleistender usw. die Kosten für ihre Unterstützung senken. Entsprechend zeigt auch die Betrachtung der Dienstleistungsinhalte, dass sich Budgetnehmer/innen mit Körperbehinderung im Verhältnis häufiger Unterstützung in den Bereichen „Pflege“, „Assistenz“, „Freizeit“ und „Mobilität“ einkaufen, als dies bei Menschen mit anderen Behinderungen der Fall ist.

6.2.3 Weitere Unterstützung neben dem Persönlichen Budget

In Ergänzung zu budgetfinanzierten Hilfen erhalten ca. zwei Drittel der Budgetnehmer/innen Unterstützung von Familienangehörigen, Freunden, Bekannten, Beratungsstellen, Ehrenamtlichen, Selbsthilfegruppen usw., die sie nicht mit dem Persönlichen Budget bezahlen. Das deutet darauf hin, dass Persönliche Budgets keineswegs unentgeltliche Hilfen aus dem sozialen Umfeld des Budgetnehmers verdrängen und i.d.R. nicht dafür genutzt werden, diese

Unterstützung zu bezahlen. Vielmehr kann das Persönliche Budget dazu beitragen, das soziale Umfeld der Budgetnehmer/innen zu entlasten und zu stabilisieren (vgl. auch Kap. 7).

Vorwiegend sind es Familienangehörige, Partner/innen oder Verwandte, die unentgeltlich Unterstützung leisten (64 %). Hier werden vor allem Mütter genannt. Aber auch Unterstützungsleistungen durch Freunde, Bekannte, Nachbarn, Arbeitskollegen usw. spielen eine gewichtige Rolle (44 %). Knapp 15 % der Budgetnehmer/innen nehmen (für sie als unentgeltlich wahrgenommene) Beratungsleistungen von z.B. Sozialpsychiatrischen Diensten (Fachdienst Gesundheitsamt), Sozialdiensten von Krankenhäusern oder auch von ihren gesetzlichen Betreuer/innen in Anspruch und 7 % der Budgetnehmer/innen greifen auf Unterstützungsleistungen von Ehrenamtlichen und Selbsthilfevereinen zurück.

Auch unterscheiden sich die Anteile der Budgetnehmer/innen, die unentgeltliche Unterstützung erhalten, in Abhängigkeit von der Art der Behinderung. So spielt die Unterstützung durch Familienangehörige bei Budgetnehmer/innen mit Körperbehinderung (21 von 29 Personen, 72 % der Fälle) und geistiger Behinderung (28 von 41 Personen, 68 % der Fälle) eine vergleichsweise große Rolle. Freunde und Bekannte scheinen darüber hinaus insbesondere bei Menschen mit Körperbehinderung (16 von 29 Personen, 55 % der Fälle) bedeutsam zu sein, während Unterstützung und Beratungsleistungen durch Fachdienste der Gesundheitsämter, Beratungsstellen und gesetzliche Betreuer/innen sowie Selbsthilfeorganisationen, Vereine und ehrenamtliche Hilfe überproportional häufig von Budgetnehmer/innen mit psychischer Erkrankung genannt werden.

6.2.4 Rekrutierung der unterstützenden Personen, Dienste und Einrichtungen

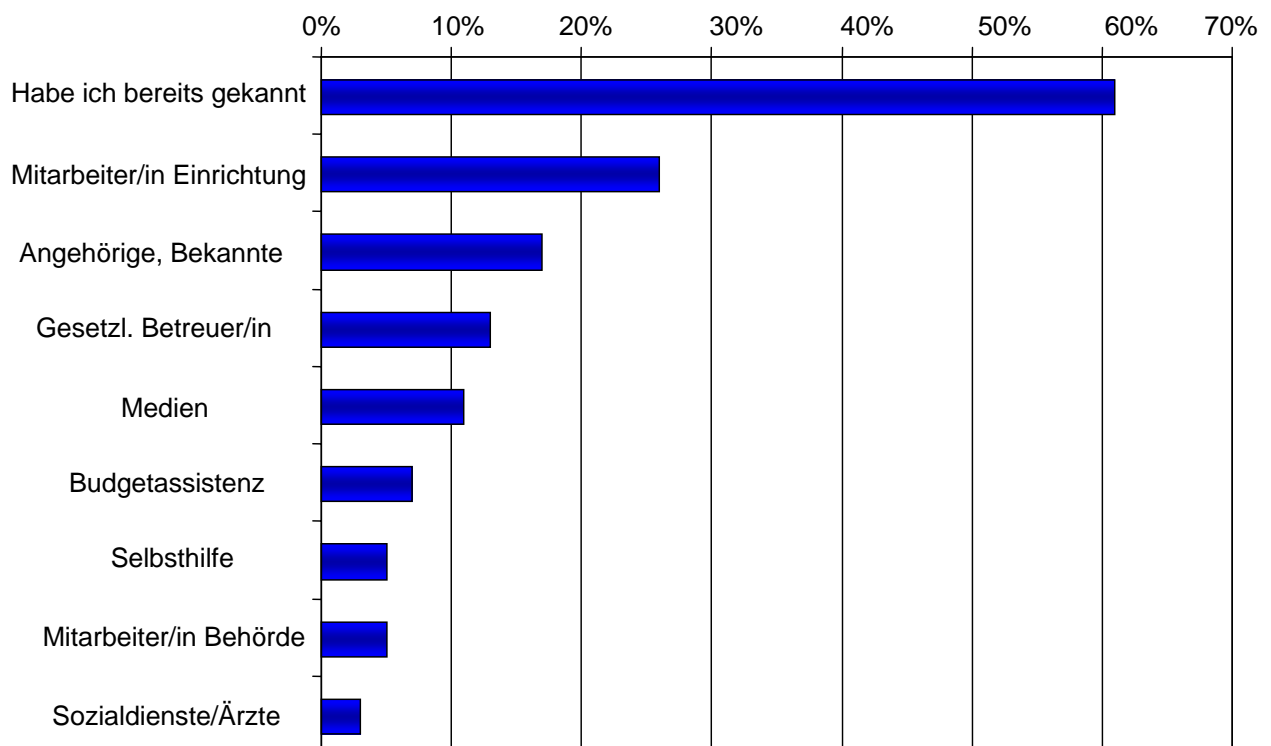


Abbildung 54: Zugangswege zu/ Vermittlung von Leistungserbringern (n=191; Mehrfachantworten; Angaben in Prozent)

Antworten der Budgetnehmer/innen auf die Frage „**Wie sind Sie an die Personen und Dienstleister gekommen, die Sie unterstützen?**“ lassen erkennen, dass offensichtlich die persönliche Bekanntschaft mit der unterstützenden Person und die Information/ Empfehlung durch eine vertraute Person (z.B. Mitarbeiter/innen aus Einrichtungen oder Bekannte, Freunde, gesetzliche Betreuer/innen) die wesentlichen Zugangswege zu Leistungserbringern darstellen (vgl. Abbildung 54).

Dass diese Vorgehensweisen keine „Notlösungen“ sind, sondern sinnvoll mit den Wünschen und Erwartungen der Budgetnehmer/innen an die unterstützenden Personen/Dienste zusammenhängen, bestätigt das Antwortverhalten auf die Frage: „**Was war Ihnen besonders wichtig bei den Personen/Diensten, die Sie unterstützen?**“ Hier wird deutlich, dass die Budgetnehmer/innen großen Wert darauf legen, dass eine vertraute Person die Unterstützung leistet; für 60 % der Budgetnehmer/innen ist dies von Bedeutung. So genannte „weiche“ Faktoren wie Sympathie (29 %) und Verständnis/Empathie (24 %) spielen ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Auswahl der unterstützenden Personen. Zudem legen die Budgetnehmer/innen Wert auf Aspekte wie „Qualifikation und Erfahrung“ (38 %), „Qualität und Service“ (23 %) und Zuverlässigkeit (20 %). Der Preis spielt als Auswahlkriterium hingegen lediglich eine untergeordnete Rolle (vgl. Abbildung 55).

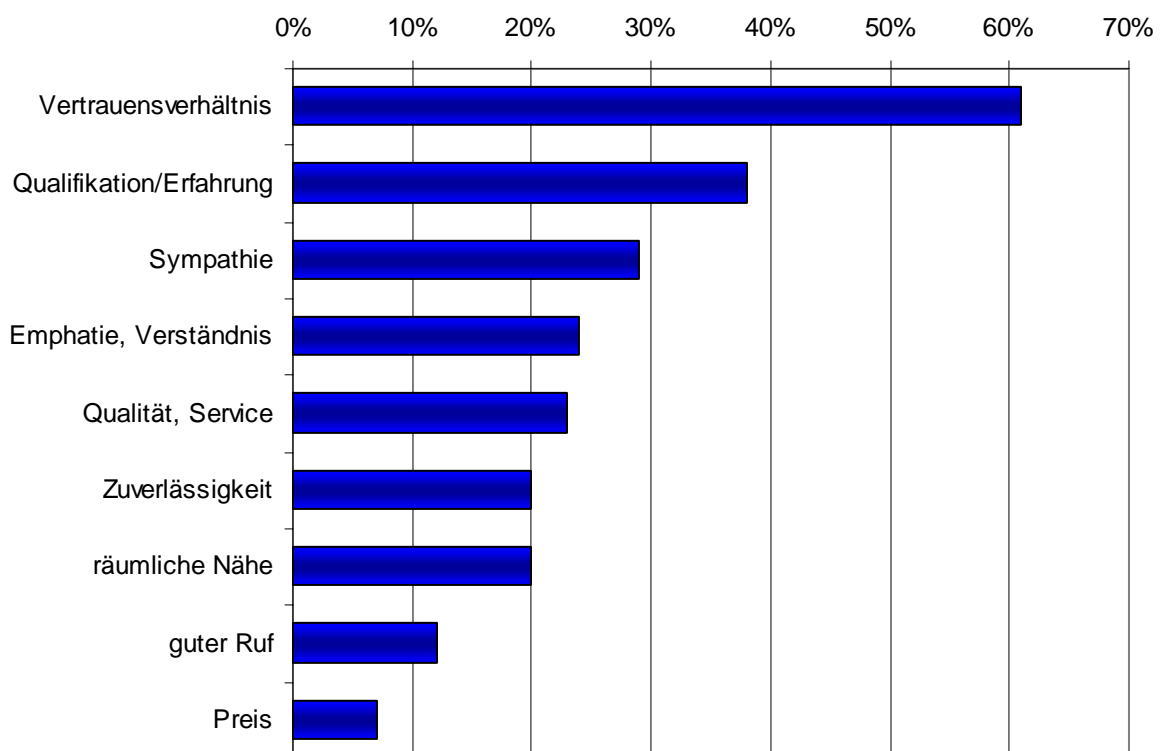


Abbildung 55: Kriterien zur Auswahl der Leistungserbringer (n=191; Mehrfachantworten; Angaben in Prozent)

Die im Hinblick auf die Versorgungsstrukturen zentrale Frage lautet: „**Hatten Sie Probleme dabei, geeignete Personen/Dienste zu finden?**“. Insgesamt antworten 179 Budgetnehmer/innen auf diese Frage. Von ihnen geben rund zwei Drittel (68 %) an, dass sie keine Probleme bei der Suche nach geeigneten Personen/ Diensten hatten, 16 % hatten teilweise und 10 % größere Probleme damit, geeignete Personen zu finden. Zudem sagen 6 % der Befragten, dass keine Auswahlmöglichkeiten bestanden.

Die insgesamt 18 Budgetnehmer/innen, die Probleme bei der Rekrutierung von unterstützenden Personen/Diensten benennen, führen z.B. an, dass es in ihrer Umgebung zu wenig Anbieter gebe oder dass es schwer gewesen sei, eine Person zu finden, die über die notwendige (spezifische) Qualifikation verfüge. Ebenfalls häufig werden zwischenmenschliche Probleme genannt: dass die „Chemie“ zwischen Budgetnehmer/in und unterstützender Person nicht gestimmt habe, die Personen „überheblich“, „unzuverlässig“, „unmotiviert“, „schlampig“ etc. gewesen seien. Zum Teil berichten die Budgetnehmer/innen auch von Schwierigkeiten, für einen festgelegten Stundenlohn (z.B. Haushaltshilfe für 6,52 Euro oder 8 Euro als Einzelfallhelferpauschale) jemanden zu finden, der bereit sei, für diese Vergütung zu arbeiten.

6.2.5 Zufriedenheit der Budgetnehmer/innen mit den Leistungserbringern

In Bezug auf die budgetfinanzierten Personen und Dienste zeigt sich die Mehrheit der Budgetnehmer/innen (78 %) zufrieden, 16 % sind teilweise zufrieden und zwei Personen unzufrieden. Knapp 6 % machen keine Angabe, da sie ihr Persönliches Budget nicht für personelle Unterstützung einsetzen. In der Wiederholungsbefragung zeigen sich stabile Zufriedenheitswerte; hier äußern 84 % der Befragten Zufriedenheit.

Zu überdurchschnittlich positiven Bewertungen in Bezug auf die Leistungserbringer kommen Personen mit geistiger Behinderung (49 von 54 Personen, 91 %). Menschen mit psychischer Erkrankung hingegen äußern sich weniger häufig zufrieden (49 von 71 Personen, 69 %).

6.3 Beteiligung von Leistungsanbietern am Projekt/ Einstellung von Leistungsanbietern

Um die Einstellungen von Leistungsanbietern zum Persönlichen Budget und ihre Beteiligung an der Umsetzung zu erfassen, wurde eine Befragung von Leistungsanbietern in den Modellregionen (n=99) durchgeführt (siehe Kap.2.4.4 und Kap. 2.5.4)

6.3.1 Informationsstand und Informationstätigkeit zum Persönlichen Budget

Eine grundlegende Voraussetzung für Leistungsanbieter, um Menschen mit Behinderung zum Persönlichen Budget zu beraten bzw. Leistungen für Budgetnehmer/innen anbieten zu können, ist es, selbst über ausreichende Informationen zum (trägerübergreifenden) Persönlichen Budget zu verfügen. Aus diesem Grund wurden die Leistungsanbieter gefragt, inwiefern sie sich zum Persönlichen Budget ausreichend informiert fühlen. Die Antworten lassen erkennen, dass dies für den Großteil der Befragten (82 %) zutrifft; auf der anderen Seite fühlen sich 18 % der befragten Anbieter „nicht“ oder „eher nicht“ ausreichend informiert.

Die aktive Informationspolitik der Leistungsanbieter gegenüber Menschen mit Behinderung in Bezug auf das Persönliche Budget lässt sich wie folgt charakterisieren: 39 % der Leistungsanbieter werden nicht von selbst aktiv, sie informieren Menschen mit Behinderung lediglich auf Nachfrage. 35 % hingegen informieren Menschen mit Behinderung „grundsätzlich“ zum Persönlichen Budget. Die restlichen 25 % der Leistungserbringer verzichteten bislang vollständig darauf, Menschen mit Behinderung über die Möglichkeiten eines Persönlichen Budgets zu informieren. Es fällt auf, dass sich unter letzteren Leistungsanbietern eine hohe An-

zahl derer befindet, die ihren eigenen Informationsstand zum Persönlichen Budget als „(e-)her) nicht ausreichend“ eingeschätzt haben.

Abbildung 56 veranschaulicht die aktive Information und Beratung von Leistungsberechtigten vor dem Hintergrund des „gefühlten“ Informationsgrades der Leistungsanbieter.

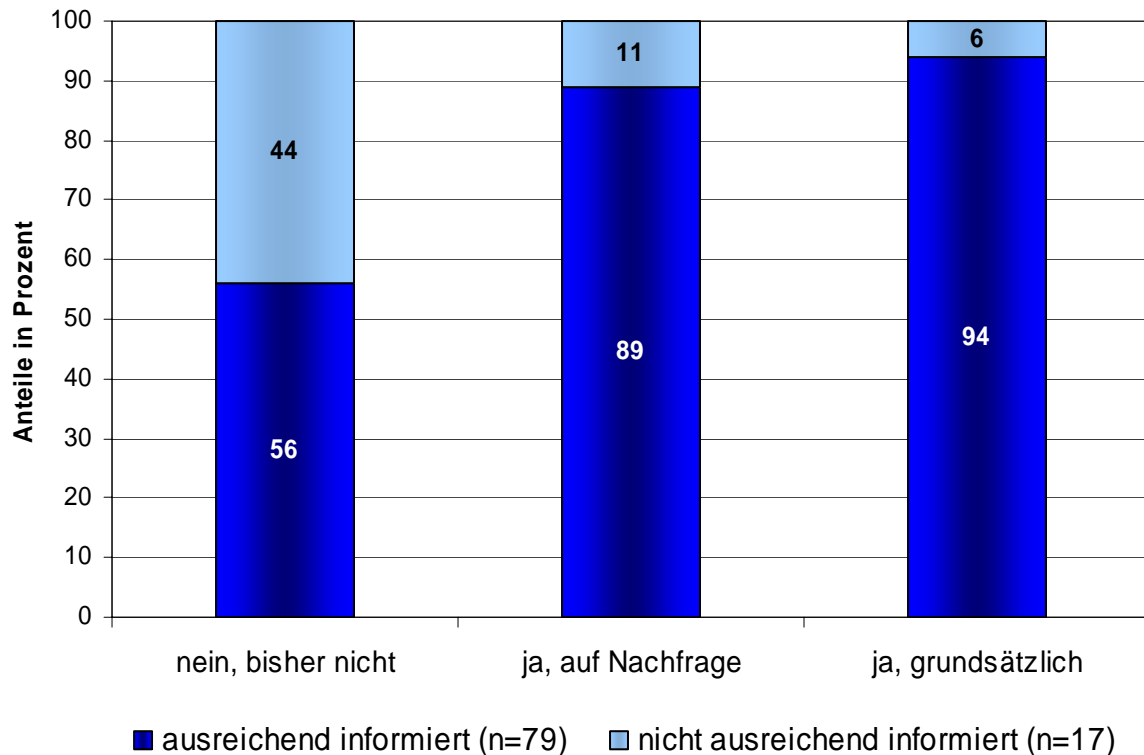


Abbildung 56: Informationstätigkeit der Leistungsanbieter nach eigenem Informationsstand (n=96)

6.3.2 Anfragen zum Persönlichen Budget

Insgesamt 43 der befragten Leistungserbringer berichten, dass Menschen mit Behinderung sie zum Persönlichen Budget angefragt bzw. Leistungen nachgefragt haben, die mit Hilfe eines Persönlichen Budgets entgolten werden sollen. Im Durchschnitt wurden Leistungsanfragen von sechs Budgetnehmer/innen pro Leistungserbringer verzeichnet. Allerdings wird dieser Durchschnittswert durch die Angaben einer Beratungsstelle eines Anbieters (mit 50 Anfragen) verzerrt. Zum größten Teil kamen diese Anfragen von Personen, die bereits vor Budgetbezug vom selben Einrichtungsträger betreut wurden, oder auf Empfehlung von gesetzlichen Betreuer/innen, Bekannten, Freunden oder Selbsthilfegruppen hin.

Zwölf Leistungsanbieter geben an, dass sie diesen Anfragen nicht entsprechen konnten. Als Gründe hierfür nennen sie meist „Finanzierungsprobleme“ („Budget reicht nicht für professionelle Dienstleistung“, „Budget nicht kostendeckend“, „fehlende Finanzierung“) oder dass sie die nachgefragten Leistungen („Fahrdienst“, „Yoga“) nicht anbieten (können).

6.3.3 Leistungserbringung im Rahmen Persönlicher Budgets

Zum Zeitpunkt der Befragung bieten 29 der befragten Anbieter bereits Unterstützungsleistungen im Rahmen eines Persönlichen Budgets an, davon 25 Leistungsanbieter seit 2005, vier bereits seit längerer Zeit.

Charakterisierung der Leistungsanbieter

Diese Einrichtungen lassen sich hinsichtlich ihres Leistungsspektrums und der Zahl der von ihnen betreuten Menschen wie folgt charakterisieren: Zu 38 % (11 Einrichtungen) bieten sie neben verschiedenen Wohnformen auch Beschäftigung und Tagesstrukturierung in Tagesstätten und Werkstätten an. Weitere 24 % (7 Leistungsanbieter) erbringen Leistungen im Bereich des ambulant betreuten Wohnens sowie andere ambulante Hilfen.

Im Durchschnitt unterstützen diese Einrichtungen/Dienste 305 Personen; das Maximum liegt bei 2.500 Nutzer/innen von einem sehr großen Leistungsanbieter. Es sind vor allem Einrichtungen mit 20 bis 50 betreuten Personen, welche Leistungen im Rahmen Persönlicher Budgets erbringen (9 Einrichtungen von 29 Leistungsanbietern, 33 %).

Knapp 70 % der Leistungserbringer mit Budgetnehmer/innen als Nutzer/innen (20 Einrichtungen) befinden sich in frei-gemeinnütziger Trägerschaft. Das entspricht einem Viertel aller frei-gemeinnützigen Einrichtungsträger, die sich an der Befragung beteiligt haben. 28 % (8 Einrichtungen) sind privat-gewerbliche Einrichtungen (entspricht 67 % der an der Befragung beteiligten privat-gewerblichen Leistungsanbieter).

Die Leistungserbringer, die bereits Budgetnehmer/innen unterstützen, bieten vorwiegend Leistungen für (erwachsene) Menschen mit psychischer Erkrankung (24 Nennungen, 79 % der Fälle), Menschen mit geistiger Behinderung (16 Nennungen, 55 % der Fälle) und/oder für suchtkranke Menschen (13 Nennungen, 41 % der Fälle) an.

Anfragen

Trotz des hohen Engagements der Leistungsanbieter, die bereits Budgetnehmer/innen unterstützen, geben diese an, dass sie nicht allen Anfragen im Rahmen eines Persönlichen Budgets entsprechen konnten. Bei fünf der 29 Leistungsanbieter führten insgesamt 16 Nachfragen nicht zu Leistungsvereinbarungen. Ausschlaggebend waren dabei Schwierigkeiten mit der Finanzierung der nachgefragten Leistungen („Budget reicht nicht für professionelle Dienstleistung“, „fehlende Finanzierung“, „Leistungen wurden vom Kostenträger abgelehnt“, „Sozialhilfeträger bewilligt kein Budget, wenn Leistungserbringer mehr als 33 Euro/Stunde berechnen“).

Erfahrungen mit der Leistungserbringung im Rahmen Persönlicher Budgets

Insgesamt werden 109 Budgetnehmer/innen von diesen 29 Leistungsanbietern unterstützt. Damit betreut ein Leistungsanbieter durchschnittlich knapp vier Budgetnehmer/innen, der größte Teil (18 der 29 Leistungserbringer) jedoch lediglich eine oder zwei Personen.

Über die Hälfte der Budgetnehmer/innen (n=59) wurde bereits vor dem Persönlichen Budget von dem jeweiligen Leistungsanbieter betreut. Im Falle von 33 Budgetnehmer/innen wird das Budget direkt vom Leistungsträger an den Leistungserbringer überwiesen. Dies betrifft acht Einrichtungsträger, wovon sich fünf in Rheinland-Pfalz befinden. Des Weiteren geben 14 Leistungsanbieter an, dass ihre Rechnungen von den gesetzlichen Betreuer/innen der Bud-

getnehmer/innen beglichen werden; in 18 Einrichtungen bezahlen insgesamt 28 Budgetnehmer/innen ihre Rechnung selbst.

Hinsichtlich der formalen Dienstleistungsverträge zwischen Leistungserbringer und Leistungsempfänger lässt sich feststellen, dass insgesamt zehn Leistungserbringer keinen schriftlichen Vertrag mit dem/der Budgetnehmer/in geschlossen haben, sondern ausschließlich Verträge mit dem zuständigen Leistungsträger. Lediglich knapp die Hälfte (15 der 29 Leistungsanbieter) gibt an, die Leistungsbeziehung mit dem/der Budgetnehmer/in bzw. dem gesetzlichen Betreuer auf eine schriftliche Vertragsbasis gestellt zu haben. Vier Leistungsanbieter haben sowohl einen Dienstleistungsvertrag als auch eine Leistungsvereinbarung mit dem Leistungsträger.

Die Budgetnehmer/innen fragen Unterstützungsleistungen in verschiedenen Lebensbereichen nach (vgl. Tabelle 51).

Nachgefragte Leistungen	Anzahl der Nennungen	Prozent der Fälle
Psychosoziale Hilfen	11	39 %
Alltagsbewältigung (betreutes Wohnen)	10	36 %
Tagesstruktur	9	32 %
Haushalt	8	29 %
Freizeit	8	29 %
Soziale Beziehungen	5	18 %
Beratung	5	18 %
Arbeit/Berufsbildung	5	18 %
Gesundheitsfürsorge/Medikamentenversorgung	3	11 %
Förderung	3	11 %
Umgang mit Behörden	2	7 %
Familienentlastung	2	7 %
Umgang mit Geld/Schulden	2	7 %
Therapie	1	4 %

Tabelle 51: Von Budgetnehmer/innen nachgefragte Leistungen (Mehrfachantworten)

Am häufigsten werden psychosoziale Hilfen, Unterstützung bei der Alltagsbewältigung, Hilfen zur Tagesstrukturierung und in den Bereichen Haushalt und Freizeit nachgefragt. Dabei mussten die meisten Leistungsanbieter (80 %) ihr Angebot nicht verändern, um die Nachfragen von Budgetnehmer/innen abzudecken. In sechs Einrichtungen waren (teilweise) Veränderungen/Anpassungen nötig:

- Einsatz zusätzlicher Arbeitskräfte bzw. Ausweitung personeller Ressourcen,
- Hinzuziehung von externen Leistungen (Hauswirtschaft und Transport),
- Anpassung des Berufsbildungsbereichs der WfbM entsprechend den neuen Erfordernissen und Erarbeitung von „Leistungspaketen“,

- Veränderung der Konzeption für Klienten, die an ein bis drei Tagen in der Woche Unterstützung bei der Tagesstrukturierung benötigen,
- Ausrichtung der Leistungen am Wunsch des Budgetnehmers.

Die meisten Leistungsanbieter (72%) sind in der Lage, die nachgefragten Budgetleistungen mit den bestehenden Personalressourcen (Qualität/Quantität) abzudecken. Acht Leistungsanbieter nennen folgende erforderliche Veränderungen hinsichtlich Personalplanung und Personaleinsatz:

- Zusätzliches (Fach-)Personal für die benötigten Unterstützungsstunden zur Verfügung stellen,
- Einsatz von zusätzlichen Honorarkräften,
- Leistung von Mehrarbeit (Überstunden) über die vorhandenen Stellenanteile hinaus,
- personelle Ausstattung der Einrichtung wird an die nachgefragten Leistungen angepasst (zeitliche befristete Arbeitsverträge),
- stundenweise Erhöhung der Arbeitszeit bei Teilzeitkräften, Motivierung der Mitarbeiter zu flexiblen Arbeitszeiten, Einsatz von ehrenamtlichen Mitarbeitern.

Kalkulation und Festlegung der Preise für Unterstützungsleistungen

Grundsätzlich kalkulieren die Leistungsanbieter Preise für Unterstützungsleistungen auf der Basis von Stunden oder sie legen Pauschalen für bestimmte Leistungen fest. Etwa die Hälfte der Leistungsanbieter verwendet Stundensätze als Berechnungsgrundlage, die sich nach der erforderlichen Qualifikation der unterstützenden Person richten. Drei Leistungsanbieter kalkulieren Monatspauschalen, ein Leistungsanbieter legt einen Tagessatz fest, ein weiterer kalkuliert die Budgetleistungen als Pauschale für spezifische Leistungskomplexe. Sechs Anbieter kombinieren Stundensätze und Pauschalen (vier Pauschalen für spezifische Leistungskomplexe, zwei als Monatspauschale) (vgl. Abbildung 57).

Neun Leistungserbringer geben an, dass sie die Preise für Unterstützungsleistungen nach eigener Kalkulation festgelegt haben. Zwölf Leistungsanbieter richten ihre Preise nach den Vorgaben der Leistungsträger bzw. verhandeln mit diesen über die Vergütungshöhe. Lediglich zwei Leistungsanbieter sind in Verhandlungen mit den Budgetnehmer/innen bzw. ihren gesetzlichen Betreuer/innen über die Preisgestaltung getreten.

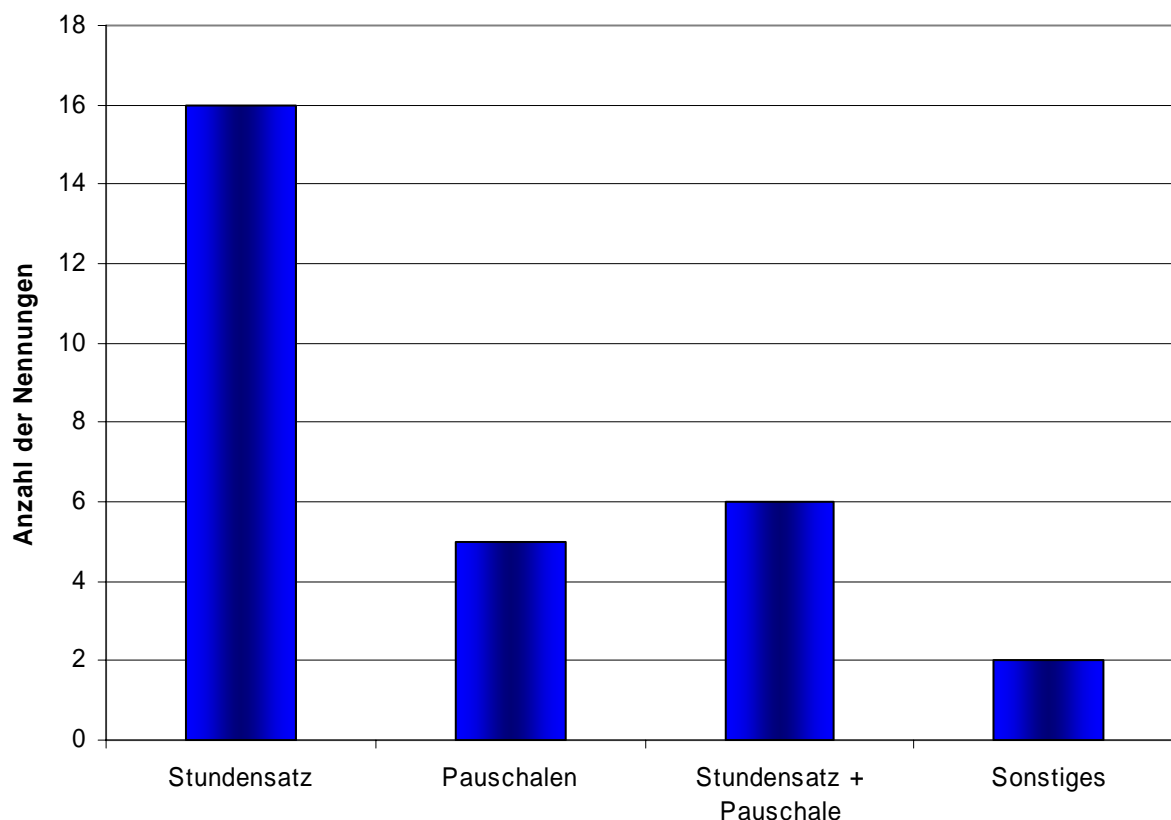


Abbildung 57: Kalkulation der Preise für budgetfinanzierte Leistungen (n=29)

Einstellungen und Einschätzungen der Leistungsanbieter zum Persönlichen Budget

Die meisten der befragten Leistungsanbieter sehen sowohl für Budgetnehmer/innen als auch für sich selbst als Leistungserbringer Vorteile des Persönlichen Budgets (vgl. Abbildung 58). Über ein Drittel dieser Anbieter verfügt bereits über eigene Erfahrungen im Umgang mit dem Budget bzw. mit Budgetnehmer/innen.

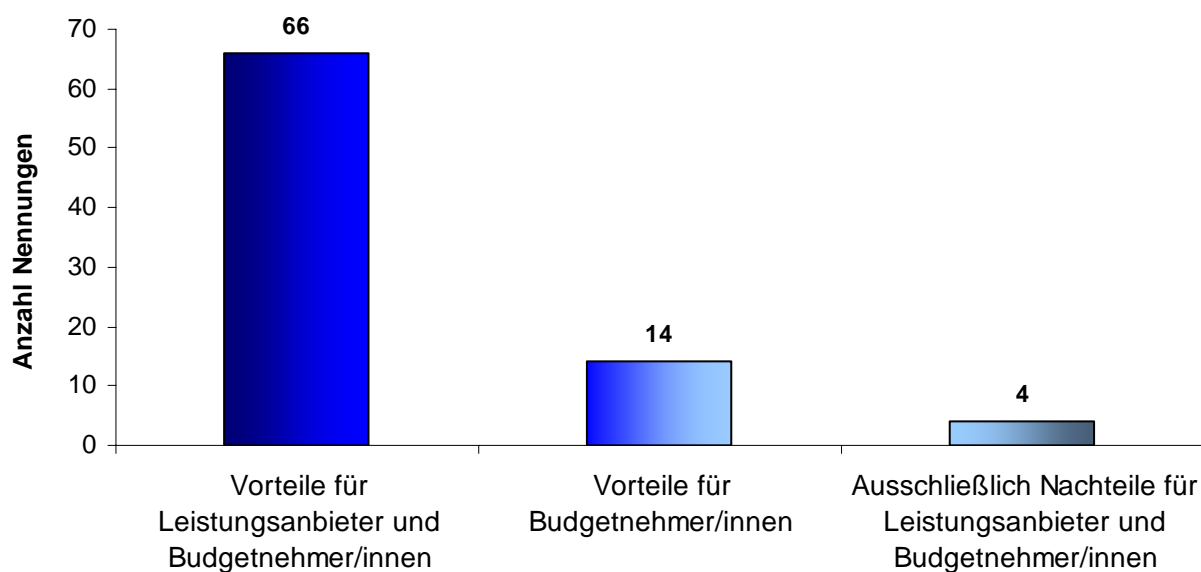


Abbildung 58: Bewertung des Persönlichen Budgets durch Leistungsanbieter (n=84)

14 Leistungsanbieter sehen die Gewinne eines Persönlichen Budgets ausschließlich auf Seiten der Budgetnehmer/innen. Hierbei handelt es sich fast ausschließlich um Leistungsanbieter, die noch keine eigenen Erfahrungen mit dem Persönlichen Budget gesammelt haben.

Vier Leistungsanbieter kommen zu der Bewertung, dass das Persönliche Budget ausschließlich Nachteile mit sich bringe – sowohl für Leistungserbringer als auch für Budgetnehmer/innen. Keiner dieser Leistungsanbieter verfügt jedoch über konkrete Erfahrungen in der Unterstützung von Budgetnehmer/innen.

Vorteile für Leistungsanbieter

Die Vorteile einer Leistungserbringung im Rahmen eines Persönlichen Budgets sehen die befragten Leistungsanbieter vor allem in der Möglichkeit, ihr Unterstützungsangebot weiterzuentwickeln. Dazu gehört z.B. die bislang „scharfe“ Trennlinie zwischen stationären und ambulanten Leistungen zugunsten differenzierterer und flexiblerer Angebote aufzulösen. Begrüßt wird insgesamt die Möglichkeit, die Angebotspalette ausweiten und sie auf die jeweiligen Bedarfe und Wünsche von Menschen mit Behinderung zuschneiden zu können. Auch verbesserte Möglichkeiten für die Umsetzung von fachlichen Ansprüchen wie z.B. Personenzentrierung, individuell bedarfsgerechten Hilfen, Ressourcenorientierung usw. werden in diesem Zusammenhang genannt. Dies steht in einer engen Verbindung zu den Vorteilen einer veränderten Beziehung zwischen Leistungsanbieter und Nutzer/in: Unterstützungsziele werden auf gleicher Augenhöhe vereinbart. Die gemeinsame Festlegung von Unterstützungszielen erhöht die „Motivation der Klienten, die angeforderten Leistungen auch tatsächlich zu nutzen“ und gibt den Mitarbeiter/innen eine größere Sicherheit „um im Interesse des Klienten zu arbeiten“. Einige Leistungsanbieter rechnen sich verbesserte Chancen für ihre Dienste und Einrichtungen am Markt aus:

- „Wettbewerb ermöglicht kleineren Anbietern Fortkommen durch Qualität und faire Preise“
- „Angebotsöffnung nach außen“
- „Erreichung von Interessenten außerhalb der Einrichtung“

Nachteile für Leistungsanbieter

Bei den genannten Nachteilen spielt eine größere (Planungs-)Unsicherheit im Kontext des Persönlichen Budgets eine zentrale Rolle: Hingewiesen wird auf Budgetnehmer/innen, die mal mehr, mal weniger Unterstützung benötigen, die den Leistungsanbieter wechseln können, die ihr Budget nicht zweckentsprechend einsetzen bzw. ihre Rechnungen nicht fristgerecht begleichen usw. Mit dieser Unsicherheit erhöhen sich die unternehmerischen Risiken für Leistungsanbieter. Neue Mitarbeiter/innen mit festgelegten Arbeitszeiten und unbefristeten Arbeitsverträgen einzustellen, erscheint einigen Leistungsanbietern unter diesen Umständen kaum vertretbar.

In diesem Zusammenhang befürchten die Leistungsanbieter weiter, dass sich der organisatorische und bürokratische Aufwand erhöhen wird. So könnten z.B. die arbeitsrechtlichen Erfordernisse mit den Wünschen und Bedürfnissen der Budgetnehmer/innen kollidieren. Auch die Verpreislichung von Einzelleistungen, die Dokumentation der erbrachten Leistungen und deren monatliche Abrechnung gegenüber dem Kunden könne den bürokratischen

Aufwand erhöhen. Dieser Entwicklung stehen zudem – so ein Teil der Leistungsanbieter – sinkende Einnahmen durch (zu) niedrig bemessene Fachleistungsstunden bzw. Budgets und ein sich erhöhender Konkurrenzdruck gegenüber. Befürchtet wird auch, dass sich Budgetnehmer/innen zu „besonders anspruchsvollen Kunden“ entwickeln, die sich „die Rosinen“ aus dem Angebot herauspicken, oder dass unterschiedliche Auffassungen zwischen Leistungsanbietern und Nutzer/innen z.B. zum Hilfebedarf oder zur Art der Unterstützung vermehrt zu Konflikten führen können („Klient hat die Möglichkeit, die therapeutische Arbeit über Geld zu steuern, wenn zu konfrontativ gearbeitet wird, sucht sich der Klient evtl. einen anderen Anbieter“). Deutlich werden auch Ängste von Leistungsanbietern, durch das Persönliche Budget Einfluss einzubüßen („nicht einbezogen zu sein in Verfahren der Budgetgewährung“).

Vorteile für Budgetnehmer/innen

Für die Budgetnehmer/innen sehen die Leistungsanbieter viele Vorteile. So können sie mit Hilfe des Persönlichen Budgets „maßgeschneiderte“, d.h. an ihrem Bedarf, ihren Wünschen und ihrer Lebenssituation ausgerichtete Hilfen erhalten. Auch ihre Wahlmöglichkeiten erweitern sich mit dem Persönlichen Budget und damit zusammenhängend ihre Selbstbestimmungschancen. Beispielsweise wird genannt, dass unzufriedene Nutzer/innen den Anbieter bzw. Mitarbeiter/innen eines Dienstes wechseln können. Damit steigt auch ihr Einfluss auf die Gestaltung der Unterstützung bzw. des Unterstützungsangebots („Einfluss auf Inhalte, Arten und Formen des Leistungsangebots“). Die Leistungsanbieter sehen das Persönliche Budget zudem als Chance auch für Menschen mit höheren Unterstützungsbedarfen, aus stationären Einrichtungen auszuziehen bzw. in ihrer gewohnten Umgebung wohnen zu bleiben. Mit Hilfe eines Persönlichen Budgets könnten Netzwerke verschiedener Hilfen und Hilfeanbieter geknüpft werden – ebenfalls zum Vorteil des Leistungsberechtigten. Insgesamt ermögliche das Persönliche Budget Menschen mit Behinderung, „ihr Leben individueller zu gestalten“, es ver helfe zu „mehr gefühlter Individualität“, zu „mehr gefühlter Selbstverantwortung“ oder zu einem gestiegenen Selbstbewusstsein („Selbstbewusstsein steigt, ebenso die Chancen für den Erwerb eines realistischen Selbstbildes“) und es trage zu einer „höheren Lebensqualität“ bei.

Nachteile für die Budgetnehmer/innen

Am häufigsten sehen die Leistungsanbieter Nachteile für Budgetnehmer/innen darin, dass diese möglicherweise mit den Aufgaben, die ein Persönliches Budget mit sich bringt (Überblick über Leistungsanbieter und Leistungsangebote, Auswahl von Assistenten, Budgetverwaltung etc.), überfordert sein könnten. Ausdrücklich fordern die Leistungsanbieter in diesem Kontext Beratung und Begleitung für die Budgetnehmer/innen ein. Weitere Nachteile sehen sie in zu knapp bemessenen Persönlichen Budgets oder in (zu) „exakt bemessenen Budgets“, die keinerlei Spielräume z.B. in Krisen zulassen. Dadurch drohe eine Unterversorgung der Budgetnehmer/innen.

Eine fehlende „Qualitätsgarantie“ bzw. fehlende Sicherheit bezüglich der Einhaltung von Qualitätsstandards wirke sich ebenfalls ungünstig auf die Budgetnehmer/innen aus, so drohe ihnen z.B. ein „Ausgeliefertsein an dubiose Anbieter“.

Einschätzung des Stellenwerts des Persönlichen Budgets im jeweiligen Arbeitsfeld

Etwa 80 % der befragten Leistungsanbieter sind der Ansicht, dass das Persönliche Budget für ihr Arbeitsfeld insgesamt oder für bestimmte Leistungssegmente von großer Bedeutung

sein wird. 19 Anbieter schätzen hingegen die Relevanz Persönlicher Budgets in ihrem Arbeitsfeld als eher gering ein.

Dabei fällt auf, dass Leistungsanbieter, die bereits Budgetnehmer/innen unterstützen, dem Persönlichen Budget zukünftig einen größeren Stellenwert einräumen als Anbieter, die noch keine Budgetnehmer/innen betreuen.

Einschätzung der Entwicklungschancen eines differenzierten Dienstleistungsmarktes durch Persönliche Budgets

Von 62 Leistungsanbietern prognostizieren 39 Leistungsanbieter (63 %) Impulse des Persönlichen Budgets für den Dienstleistungsmarkt, 18 (29 %) sehen diese Entwicklungschancen eher nicht und fünf Leistungsanbieter (8 %) äußern sich „unentschieden“.

Grundsätzliche Bedenken werden von allen befragten Leistungsanbietern vor allem im Hinblick auf eine „nicht bedarfsgerechte Ausstattung der Budgets“ oder die Gefahr eines „Preisdumpings“ geäußert, weil z.B. private Anbieter auf den „Markt drängen“ und damit einhergehende „Qualitätseinbußen“ bei der Erbringung von Unterstützungsleistungen zu befürchten seien. Einige Leistungserbringer vermuten, dass die Entwicklung eines differenzierten Dienstleistungsmarktes noch einige Zeit in Anspruch nehmen werde und eher mittel- bis langfristig zu erwarten sei. Zudem wird die Nutzung von Persönlichen Budgets für bestimmte Personengruppen wie Menschen mit psychischer Erkrankung und Suchterkrankung als nicht sinnvoll erachtet, da dieser Personenkreis – vor allem in Krisenzeiten – nicht in der Lage sei, das Budget zweckentsprechend einzusetzen. Auch auf die Notwendigkeit einer budgetbegleitenden Beratung und Unterstützung wird von Anbieterseite hingewiesen.

Einschränkungen hinsichtlich der Entwicklungschancen eines differenzierten Dienstleistungsmarktes beziehen sich nicht nur auf Personenkreise, sondern auch auf Lebensbereiche und Lebensorte. So werden z.B. die Chancen im Bereich Freizeit als gut eingeschätzt („Im Freizeitbereich werden eine Reihe von Anbietern auf den Markt kommen, wie z.B. Hausfrauen, die Begleitung zu Veranstaltungen anbieten, bis zu Fitness-Studios, die mit sportlicher Betreuung rundum werben“). Im Bereich Arbeitsleben ist man hingegen eher skeptisch („Insgesamt vermutlich eher ja, aber wohl kaum im Bereich ‚Teilhabe am Arbeitsleben‘ in einer Werkstatt für geistig behinderte Menschen“). Unterschiedliche Entwicklungschancen werden zudem für städtisch bzw. ländlich geprägte Regionen gesehen. Während sich in der Stadt oder in Ballungsräumen ein differenzierter Dienstleistungsmarkt entwickeln könnte, wird diese Entwicklung für ländliche Gebiete oder Gebiete mit großen Einrichtungen eher kritisch gesehen („In größeren Städten ist das realistisch. Auf dem flachen Land, wo in der Regel große Träger mit Komplexeinrichtungen den Markt beherrschen, wohl eher nicht“).

6.4 Diskussion und Fazit

Die Skizzierung der Ausgangslagen in den ausgewählten Modellregionen veranschaulicht die z.T. beträchtlichen strukturellen Unterschiede, die sich auf die Implementierung Persönlicher Budgets förderlich oder hinderlich auswirken können. Während z.B. Berlin ein vergleichsweise gut ausgebautes und differenziertes System an ambulanten Hilfen aufweist, wird die Versorgungsstruktur im Bezirk Mittelfranken weitgehend von stationären Angeboten dominiert. Auch die Zuständigkeiten innerhalb der Sozialhilfe sind unterschiedlich geregelt: In Berlin ist eine einheitliche Zuständigkeit für alle Leistungen der Eingliederungshilfe gegeben,

in Mittelfranken ist der örtliche Sozialhilfeträger für ambulante Leistungen zuständig, der überörtliche für (teil-)stationäre Eingliederungshilfen.

Zugleich wurden in diesen beiden Regionen im Projektzeitraum die meisten Budgets bewilligt. Dies kann als Indiz dafür gewertet werden, dass auch unter unterschiedlichen Ausgangsbedingungen für Leistungsträger und Leistungsanbieter durchaus eine Reihe an Möglichkeiten zur Ausgestaltung Persönlicher Budgets und Entwicklung passender Hilfearrangements bestehen. Die Betrachtung der Angebotsstrukturen deutet zwar insgesamt darauf hin, dass nicht alle „Spielarten“ Persönlicher Budgets gleichermaßen und (völlig) unabhängig von den regionalen Angebotsstrukturen umgesetzt werden können. In Kooperation zwischen Leistungsträgern und -anbietern lassen sich jedoch die bestehenden Rahmenbedingungen so weiterentwickeln, dass zumindest für die Einführungsphase Persönlicher Budgets geeignete Angebote zur Verfügung stehen. So wurden z.B. insbesondere in Mittelfranken in Einzelfällen, in denen entsprechende (ambulante) Angebote fehlten, flexible und passende Lösungen jenseits der „Standardleistungen“ gesucht, indem die Trennung zwischen ambulanten und stationären Leistungen aufgeweicht und es Budgetnehmer/innen ermöglicht wurde, Unterstützungsmodule in stationären Einrichtungen „von außen“ einzukaufen (wie z.B. Arbeitstherapie, Begleitung in der Freizeit, Leistungen zur Strukturierung des Tages, „Teilzeitwohnplätze“). Dennoch darf dies nicht darüber hinwegtäuschen, dass in der Budgetnehmer-Befragung etwa ein Viertel der Befragten angibt, (teilweise) Probleme bei der Suche nach geeigneten Leistungserbringern und Angeboten gehabt zu haben.

Die Frage, welche Auswirkungen Persönliche Budgets auf die „Angebotslandschaft“ in Zukunft haben werden, lässt sich hingegen nur eingeschränkt beurteilen. Selbst in Regionen, in denen die für die Erprobungsphase vereinbarte Zahl von 50 Budgets (und mehr) zu einem relativ frühen Zeitpunkt der Modellerprobung erreicht wurde, ist die quantitative Nachfrage nicht so hoch, dass sie bereits beobachtbare Wirkungen auf die Angebotslage nach sich ziehen würde. Daher lassen sich zu diesem Aspekt nur indirekt Schlüsse aus der Befragung von Budgetnehmer/innen und Leistungsanbietern ziehen:

Im Rahmen der Budgetnehmer-Befragung wird deutlich, dass über das Persönliche Budget überwiegend Leistungen von professionellen Leistungserbringern eingekauft werden. Ergänzt wird dies zum Teil um eine Nutzung allgemeiner Infrastrukturleistungen insbesondere in den Bereichen Freizeit, Bildung und Mobilität. Die Gründe dafür, dass bei der Budgetverwendung professionelle Leistungen insgesamt überwiegen, liegen zum einen darin, dass die Aspekte „Vertrauen“ und „Sicherheit“ nicht zu unterschätzende Faktoren bei der Auswahl von unterstützenden Personen und Diensten darstellt. Dies bekräftigen die Ergebnisse der Budgetnehmer-Befragung: Budgetnehmer/innen greifen zunächst einmal auf bekannte professionelle Leistungserbringer zurück, zu denen ein Vertrauensverhältnis besteht – zumal sie zu einem Großteil bereits vor dem Persönlichen Budget Leistungen bezogen haben (vgl. Kap. 3.5). Zum anderen zeigt sich aber hier auch der Einfluss der Leistungsträger, die in den Zielvereinbarungen häufig bestimmte Qualifikationen des Leistungserbringers oder sogar konkrete Dienstleister vorschreiben bzw. sog. „Fachkraftquoten“ festlegen (vgl. Kap. 4.4.3).

In weitaus geringerem Umfang wird das Persönliche Budget für nicht-professionelle bzw. nebenberufliche oder informelle Hilfen eingesetzt (z.B. durch Bekannte, Freunde, Angehörige, Nachbarn, Studierende, Zivildienstleistende usw.). Diese (eher privaten) Unterstützungsvarianten werden schwerpunktmäßig in den Bereichen Freizeit, Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben und Haushalt gewählt und häufig auch mit Leistungen professioneller Dienste kombiniert. In ebenfalls geringerem Maße stellen Budgetnehmer/innen Assistent/innen im

Rahmen des Arbeitgebermodells an. Noch seltener sind Budgets, die ausschließlich der Finanzierung von Sachmitteln (z.B. Hilfsmittel, Fahrtkosten, Unterhalt eines Autos wie auch Gefälligkeiten für unentgeltlich unterstützende Personen) und/oder allgemeinen Dienstleistungen (z.B. Beiträge für Bildungs-, Musik- und Sportangebote) dienen.

Welche Anforderungen sich an Leistungsanbieter stellen und inwiefern diese der Nachfrage von Budgetnehmer/innen entsprechen können, lässt sich aus den Daten einer Befragung von insgesamt 99 Anbietern aus allen Modellregionen ermitteln: Etwa 43 % von diesen sind bislang von Menschen mit Behinderung zum Persönlichen Budget angefragt bzw. es sind Leistungen von ihnen nachgefragt worden; jeder Vierte von ihnen konnte diesen Anfragen nicht entsprechen. Als Begründung wird meist auf „Finanzierungsprobleme“ („Budget reicht nicht für professionelle Dienstleistung“, „Budget nicht kostendeckend“) hingewiesen oder darauf, dass die nachgefragten Leistungen nicht dem eigenen Angebotsspektrum entsprechen. Etwa 30 % der Leistungserbringer bieten zum Zeitpunkt der Befragung bereits Unterstützungsleistungen im Rahmen eines Persönlichen Budgets an. Zum größten Teil (ca. 80 %) mussten die Leistungsanbieter ihr Leistungsangebot nicht verändern, um die Nachfragen von Budgetnehmer/innen abzudecken. Lediglich in sechs Einrichtungen waren (teilweise) Veränderungen/Anpassungen nötig (z.B. Einsatz zusätzlicher Arbeitskräfte, Nutzung externer Leistungen, Erarbeitung von Leistungspaketen). Gleiches gilt für den Personaleinsatz: Knapp drei Viertel der Leistungsanbieter sind in der Lage, die nachgefragten Budgetleistungen mit den bestehenden Personalressourcen zu bestreiten, nur acht Leistungsanbieter nennen erforderliche Veränderungen hinsichtlich Personalplanung und -einsatz (zusätzliches Personal/Honorarkräfte, Überstunden, flexible Arbeitszeiten usw.). Bei etwa einem Drittel der Budgetnehmer/innen wird allerdings das Budget direkt vom Leistungsträger an den Leistungserbringer überwiesen; hier deutet sich an, dass Änderungen des Angebots nicht erforderlich sind, da die Rahmenbedingungen der bisherigen Sachleistung kaum tangiert werden.

Die Mehrheit der Leistungsanbieter kalkuliert die Preise für Unterstützungsleistungen auf der Basis von Stunden (nach Qualifikation des Personals), die restlichen Anbieter legen Pauschalen für bestimmte Leistungen fest oder bieten „Mischformen“ an (Stundensätze und Pauschalen). Meist richten sich diese Stundensätze und Pauschalen nach einrichtungsspezifischen Sätzen bzw. nach den Vorgaben der Leistungsträger. Lediglich in zwei Fällen sind die Leistungsanbieter hinsichtlich der Preisgestaltung in Verhandlungen mit den Budgetnehmer/innen bzw. ihren gesetzlichen Betreuer/innen getreten. Grundsätzliche Bedenken gegenüber dem Persönlichen Budget werden von einigen befragten Leistungsanbietern im Hinblick auf die Gefahr eines „Preisdumping“ geäußert, sie befürchten, „Billiganbieter“ könnten auf den „Markt drängen“, so dass mit „Qualitätseinbußen“ bei der Erbringung von Unterstützungsleistungen zu rechnen sei. Auf der Basis der bislang vorliegenden Ergebnisse lässt sich diese Sorge allerdings nicht bestätigen. So ist es auch in keinem nennenswerten Umfang zu Budgetabbrüchen aufgrund von Problemen bei der Leistungserbringung gekommen und lediglich in einem dokumentierten Fall wurde ein Budgetantrag vom Leistungsberechtigten zurückgezogen, weil kein geeigneter Anbieter gefunden werden konnte (vgl. Kap. 3.7). Insgesamt ist die im Rahmen der Budgetnehmer-Befragung ermittelte Zufriedenheit mit den erbrachten Leistungen relativ hoch (über drei Viertel der Budgetnehmer/innen äußern sich zufrieden).

7 Das Persönliche Budget in der Lebenswelt der Budgetnehmer/innen: Motive, Funktionen und Wirkungen

Das Persönliche Budget zielt darauf, Unterstützung für Menschen mit Behinderung durch Partizipation und Selbststeuerung sowohl wirksamer als auch wirtschaftlicher zu gestalten (vgl. Kap. 1). Die strukturellen Voraussetzungen der neuen Leistungsform wie die Gestaltung der Verfahren zur Bedarfsermittlung, Budgetbemessung und Zielvereinbarung (vgl. Kap. 4) sowie die Entwicklung der erforderlichen Angebotsstruktur, inklusive verfügbarer Budgetberatung (vgl. Kap 5 und 6), spielen für das Erreichen beider Zielaspekte eine wichtige Rolle. Ob das Persönliche Budget seine intendierten Wirkungen tatsächlich entfaltet, kann nur mit Blick auf seine lebensweltliche Relevanz beurteilt werden. Das heißt, der Erfolg der neuen Leistungsform bemisst sich daran, inwiefern

- die budgetgesteuerte Unterstützung zu einem „gelingenden Alltag“ der Budgetnehmer/innen beiträgt,
- die Teilhabe an (subjektiv) relevanten Bereichen des gesellschaftlichen Lebens ermöglicht wird und
- die Budgetnehmer/innen trotz ihrer Unterstützungsbedarfe ein Leben führen können, das den eigenen Vorstellungen entspricht.

Da Selbstbestimmung und Teilhabe als Wirkungskriterien in hohem Maße subjektiv bestimmt, d.h. abhängig von individuellen Bedürfnissen, Lebensweisen und Zielen sind, ist für eine wirkungsorientierte Beurteilung des Persönlichen Budgets die Perspektive der Budgetnehmer/innen entscheidend. Im Zentrum der folgenden Ausführungen stehen daher die Einschätzungen und Bewertungen der Budgetnehmer/innen zu folgenden Fragestellungen:

- Warum und in welchen Lebenssituationen beantragen Menschen mit Behinderung ein Persönliches Budget?
- Welche Erwartungen haben sie?
- Erleben die Budgetnehmer/innen Veränderungen in ihrer Lebensführung seit Erhalt des Persönlichen Budgets?
- Wie bewerten sie das Persönliche Budget insgesamt?
- Wo sehen sie Stärken und Schwächen der neuen Leistungsform?

Die diesbezüglichen Ergebnisse werden zunächst auf der Basis der Auswertungen der Budgetnehmerbefragung (vgl. Kap. 2.4.2) in quantifizierter Form dargestellt und mit kurzen Zitaten aus den Interviews veranschaulicht (Kap. 7.1 bis 7.3). Zur weiteren Konkretisierung werden in Kapitel 7.5 sechs Fallbeispiele in einer qualitativen Zugangsweise exemplarisch dargestellt.

7.1 Motive und Funktionen

Die Anlässe und Motive, ein Persönliches Budget zu beantragen, sind so verschieden wie die damit verbundenen Zielsetzungen und Funktionen der Leistungen im Leben der Budgetnehmer/innen. Die Antworten der Budgetnehmer/innen auf die Fragen „Warum wollten Sie das Persönliche Budget haben? Welche Ziele sollten erreicht werden?“ sind daher sehr vielfältig und reichen von (eher abstrakten) Wünschen nach Selbstbestimmung und Teilhabe bis hin zu sehr konkreten Zielen wie der Umzug in eine selbst gewählte Wohnform oder die Beschäftigung bestimmter Personen zur Unterstützung.

Aufgrund der Individualität der Motive im Kontext der verschiedenen Lebenswelten sind diese nur schwer zu systematisieren. Gleichwohl lassen sich in der Gesamtschau durchaus vergleichbare Beweggründe erkennen, die häufig genannt werden und in der Rangfolge ihrer Nennungen den in Tabelle 52 dargestellten Kategorien zugeordnet werden können. Dabei ist zu berücksichtigen, dass einige Personen mehrere Gründe angeben (Mehrfachantworten) und sich Antworten nicht immer eindeutig einer der Kategorien zuordnen lassen bzw. es Überschneidungen zwischen den Kategorien gibt.³⁴

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Passende(re) Hilfen <ul style="list-style-type: none"> - individuelle Lösungen - zeitliche Flexibilität und - Auswahl der Personen • Sicherstellung der Versorgung und Stabilisierung • Aktivitäten und Teilhabe • Selbstständige Lebensführung • Entlastung des sozialen Umfeldes |
|--|

Tabelle 52: *Motive für die Beantragung eines Persönlichen Budgets*

Das hervorstechende Motiv der Budgetnehmer/innen, ein Persönliches Budget zu beantragen, ist der Wunsch, **passende(re) Hilfen** zur organisieren, die den individuellen Bedürfnissen und vorhandenen Ressourcen entsprechen und die Verwirklichung des eigenen Lebensstils unterstützen. Jeder zweite Budgetnehmer/in nennt entsprechende Gründe. Teilweise spielt hierbei auch die Unzufriedenheit mit bisher erhaltenen Leistungen eine Rolle sowie die Erfahrung, dass verfügbare Sachleistungen nicht den eigenen Bedürfnissen und Vorstellungen entsprechen:

„Aufgrund meiner speziellen Einschränkung musste ich mir ein eigenes Konzept ausdenken, da es kein entsprechendes Angebot auf dem sozialen Markt gab. Um möglichst selbstständig leben zu können, brauche ich eine auf mich zugeschnittene Lösung.“ (30-jährige Budgetnehmerin mit psychischer Erkrankung)

„Ja, im Wohnheim sind Alkohol und Kerzen verboten (...) und ich liebe Kerzen. Ich bin ein furchtbar romantischer Mensch. Ich könnte abends immer Kerzen anhaben und ein Glas

³⁴ Aus diesen Gründen wird in der Darstellung auf prozentgenaue Angaben verzichtet.

Wein oder Bier (...) und das war im Wohnheim nicht möglich.“ (37-jährige Rollstuhlfahrerin mit geistiger Behinderung)

Vielfach haben die Budgetnehmer/innen bereits bei der Antragstellung eine sehr genaue Vorstellung davon, welche Unterstützung über das Persönliche Budget realisiert werden soll. Hierbei handelt es sich zum Teil um sehr **individuelle Lösungen**, die deutlich über eine reine Umwandlung gebräuchlicher Sachleistungen hinausgehen, wie die folgenden zwei Beispiele zeigen (vgl. auch Kap. 7.5):

Individuelle Lösungen: „Laufen, um stabil zu bleiben“

Herr Erol ist 33 Jahre alt und psychisch krank (u.a. Suchterkrankung). Er lebt alleine in einer privaten Wohnung; sein Unterstützungsbedarf liegt vor allem im psychosozialen Bereich, zudem benötigt er Hilfen im Umgang mit Behörden, bei Bankgeschäften und beim Gesundheitsverhalten. Herr Erol betreibt intensives Jogging, er trainiert ca. dreimal pro Woche. Das Laufen hilft ihm nach eigenen Aussagen, vorhandene Aggression und Frustration abzubauen und insgesamt stabil zu bleiben. Die Teilnahme an Laufveranstaltungen ermögliche ihm ferner, andere Leute kennen zu lernen und mit ihnen ins Gespräch zu kommen. Dafür benötigt er professionelles Equipment (spezielle Laufbekleidung und Laufschuhe), für das er ergänzend zu psychosozialen Unterstützungsleistungen ein Persönliches Budget beantragt.

Individuelle Lösungen: „Normales Kind unter anderen normalen Kindern“

Silke (5 Jahre) hat aufgrund einer komplexen Mehrfachbehinderung einen umfassenden Pflege- und Unterstützungsbedarf, der auch medizinische Notwendigkeiten (z.B. Infusionen) beinhaltet. Silke besuchte bislang eine integrative Kindertagesstätte, welche die Eltern für ihre Tochter als „völlig ungeeignet“ bezeichnen. Sie wünschen sich eine Betreuung in einem privat initiierten „Kreativ-Kindergarten“, der nach ihrer Ansicht die Fähigkeiten und Interessen ihrer Tochter besser fördern kann. Der Kindergarten ist zwar grundsätzlich dazu bereit, das Mädchen aufzunehmen, kann allerdings über das eigene Personal nicht die notwendige fachliche Betreuung/Versorgung leisten. Die Eltern beantragen ein Persönliches Budget, um eine medizinisch-pflegerisch qualifizierte Fachkraft zu beschäftigen, die ihre Tochter in diesem Kindergarten ergänzend zum vorhandenen Personal individuell betreut.

Neben der Verwirklichung individueller Lösungen nimmt die **Flexibilität der Hilfen** einen zentralen Stellenwert im Motivkomplex „passende Hilfen“ ein. Hierbei geht es zum einen darum, Unterstützung bedarfsgerecht nachzufragen, d.h. bei unregelmäßig auftretenden Unterstützungserfordernissen nur dann Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenn sie tatsächlich gebraucht wird bzw. darauf zu verzichten, wenn sie nicht erforderlich ist („Geld verwenden – je nach Wetterlage“). Zum anderen wird eine größere Flexibilität hinsichtlich des Zeitpunktes der Inanspruchnahme von Hilfen gewünscht; dies betrifft insbesondere Unterstützung und Begleitung in den Abendstunden, nachts und an Wochenenden. Für Angehörige spielt die Flexibilität der Hilfen häufig eine Rolle, um das private Unterstützungsarrangement in der Familie optimal ergänzen bzw. die betreuenden Personen entlasten zu können.

Passende Hilfen: (Zeitliche) Flexibilität
<i>„Entlastung der Mutter durch flexible (Nacht-)Betreuung“</i>
<i>„jederzeit jemanden anrufen, der hilft“</i>
<i>„nicht von Dienstplänen abhängig sein“</i>
<i>„nicht immer um 22 Uhr ins Bett gehen müssen“</i>

Eine weitere wichtige Rolle im Kontext der Zielsetzung „passende Hilfen“ spielt der Wunsch, **Unterstützungspersonen selber auswählen** und auch Freunde und Bekannte engagieren zu können. Einige Budgetnehmer/innen möchten sich z.B. mit den Geldleistungen für private Hilfen erkenntlich zeigen. Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang für einige Personen auch ihre Unzufriedenheit mit bisherigen professionellen Unterstützern bzw. der Wunsch nach Unabhängigkeit von diesen. Die Auswahl von Personen ist insbesondere auch für solche Budgetnehmer/innen relevant, die nur von bestimmten bzw. vertrauten Personen Unterstützung akzeptieren.

Passende Hilfen: Personen selber aussuchen
<i>„Eben weil ich mir selbst Personen suchen könnte, bei denen ich dann auch ein gutes Gefühl hätte – und eben in eigener Initiative“</i>
<i>„privater, weniger distanziert“</i>
<i>„es musste diese Krankenschwester sein“</i>
<i>„es müssen Frauen sein“</i>
<i>„der lässt niemand an sich ran“</i>

Neben der Organisation „passender Hilfen“ ist die **Sicherstellung der Versorgung** ein häufiges Motiv, das von etwa einem Drittel der Budgetnehmer/innen genannt wird. Viele dieser Personen beantragen das Persönliche Budget in akuten Krisensituationen oder Übergangsphasen und/oder mit dem Wunsch einer **psychischen/gesundheitlichen Stabilisierung**.

Sicherstellung der Versorgung: Krisensituationen und Übergangsphasen
<i>„nach Krankenhausaufenthalt (Krebserkrankung) nicht in der Lage, den Haushalt zu führen“</i>
<i>„um meine Nachsorge im Anschluss an meinen TWG-Aufenthalt³⁵ zu finanzieren“</i>
<i>„um überhaupt wieder auf die Beine zu kommen (Drogensucht, obdachlos, Haft)“</i>
<i>„durch Umzug aus sozialem Umfeld rausgerissen“</i>
<i>„nach Tod des Mannes kam Budgetnehmer/in nicht mehr allein im Alltag zurecht“</i>
<i>„Wohnformwechsel aus Abrisshaus in normale Wohnung“</i>

³⁵ TWG = Therapeutische Wohngemeinschaft

Die Sicherstellung der Versorgung wird als Motiv zudem in solchen Situationen relevant, in denen erforderliche bzw. passende Unterstützung nicht (mehr) über verfügbare Sachleistungen gewährleistet werden kann (oder soll) und das Persönliche Budget im Sinne einer „**Notlösung**“ beantragt wird. Dies betrifft sowohl Budgetnehmer/innen, deren Betreuung seitens Einrichtungen oder Diensten verweigert bzw. gekündigt wird, als auch Personen, die keine (bestimmte) professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen wollen oder keine passenden Angebote finden.

Sicherstellung der Versorgung: „Notlösungen“
<i>„Mir wurde das Betreute Wohnen gekündigt. Die wollten, dass ich wieder ins Heim gehe“</i>
<i>„Da sich ihr Hilfebedarf erhöht, kann das Wohnheim sie nicht weiter betreuen“</i>

Einen vergleichbaren (quantitativen) Stellenwert wie die Sicherstellung der Versorgung nimmt der Wunsch nach einer möglichst **selbstständigen Lebensführung** unter den Beweggründen für ein Persönliches Budget ein. In diesem Zusammenhang geht es vor allem darum, mit Hilfe des Persönlichen Budgets von einer stationären Wohneinrichtung bzw. von der Herkunftsfamilie in eine selbstständigere Wohnform zu wechseln. Zudem bezieht sich dieses Motiv auf jene Budgetnehmer/innen, die mit dem Budget ihre Selbstständigkeit in der eigenen Wohnung erhalten und in einigen Fällen eine Heim- bzw. Klinikaufnahme vermeiden wollen.

Selbstständige Lebensführung
<i>„Ich wollte weg von meinen Eltern und eine eigene Wohnung, wollte Hilfe zur Führung eines eigenen Haushaltes.“</i>
<i>„Wunsch aus dem Wohnheim auszuziehen und mit dem ebenfalls körperbehinderten Partner zusammen in eine gemeinsame private Wohnung zu ziehen.“</i>
<i>„Ich brauche aufgrund meiner Krankheit Hilfe im Haushalt und bei Einkäufen. Ich wünsche mir damit zu erreichen, dass ich selbstständig bleibe.“</i>

Ein weiteres Motiv für die Beantragung eines Persönlichen Budgets ist der Wunsch nach **mehr Aktivitäten und sozialer Teilhabe**. Etwa ein Viertel der Budgetnehmer/innen erwartet, mit Hilfe der neuen Leistungsform mobiler und aktiver zu werden, ihre Freizeitinteressen besser verwirklichen zu können und mehr Kontakte zu anderen Menschen zu erhalten.

Aktivitäten und soziale Teilhabe
<i>„Freizeit, mal wieder rauskommen, Kontakte halten.“</i>
<i>„Mit Budget aktiver werden und nicht in der Wohnung verkriechen.“</i>
<i>„Ich wollte Leistungen selber einkaufen, um meine Integration zum normalen Leben zu beschleunigen.“</i>
<i>„Meine stark eingeschränkte Mobilität und Teilhabe am sozialen Leben verbessern.“</i>

Einige Angaben beziehen sich darüber hinaus auf die **Entlastung des sozialen Umfeldes** als Ziel des Persönlichen Budgets („*meine Eltern haben nicht immer Zeit, aber ich brauche immer Betreuung*“).

Betrachtet man die **Motivgruppen nach Behinderungsart**, so fallen folgende Unterschiede auf:

- Personen mit **Körperbehinderung** beantragen das Persönliche Budget in erster Linie, um **passende, flexible Hilfen** auswählen zu können. Mehr als drei Viertel dieser Personengruppe nennt entsprechende Motive. Jeder zweite von ihnen wünscht sich zudem, über das Budget mehr **Aktivitäten und soziale Teilhabe** realisieren zu können. Weitere oben genannte Motive spielen für diesen Personenkreis kaum eine Rolle.
- Bei den Budgetnehmer/innen mit **psychischer Erkrankung** sind hingegen nahezu alle Motivkategorien vertreten. Ein deutlicher Schwerpunkt liegt dabei jedoch in Gründen der **Sicherung der Versorgung und psychischen Stabilisierung**, die von etwa jeder zweiten Person genannt werden.
- Auch bei den Budgetnehmer/innen mit **geistiger Behinderung** finden sich Nennungen in allen Motivbereichen. Auffällig ist hier, dass das Motiv **Entlastung des sozialen Umfeldes** nahezu ausschließlich bei diesem Personenkreis zu finden ist. Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass diese Angaben in allen Fällen von Angehörigen dieser Budgetnehmer/innen gemacht wurden.

7.2 Veränderungen im Leben der Budgetnehmer/innen

Entscheidend für die subjektive Relevanz des Persönlichen Budgets in der Lebenswelt der einzelnen Budgetnehmer/innen bzw. für ihre Gesamtbewertung ist, ob und inwiefern Veränderungen im Leben seit Erhalt des Persönlichen Budgets wahrgenommen werden.

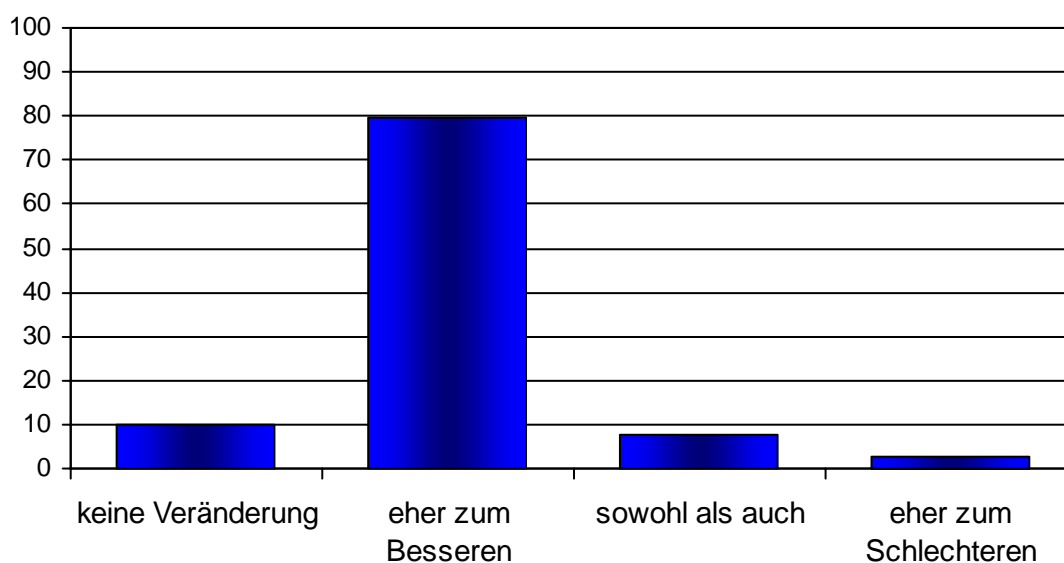


Abbildung 59: Veränderungen im Leben seit Erhalt des Persönlichen Budgets (Angaben in Prozent; n=190)

Die Mehrheit der befragten Budgetnehmer/innen (80 %) berichtet in diesem Zusammenhang, dass sich ihr Leben eher positiv verändert hat. Acht Prozent der Personen nehmen sowohl positive als auch negative Veränderungen wahr und fünf Personen berichten, dass sich ihr Leben seit dem Persönlichen Budget eher zum Schlechteren verändert hat. Zehn Prozent konnten insgesamt keine Veränderungen wahrnehmen.

Diese in Abbildung 59 dargestellte Verteilung bezüglich der Einschätzung von Veränderungen im Leben zeigt sich vergleichbar auch in der Wiederholungsbefragung der Budgetnehmer/innen.

Verbesserungen

Die erlebten positiven Veränderungen beziehen sich auf eine Vielfalt an Wirkungsdimensionen des Persönlichen Budgets. Einige entsprechen (erwartungsgemäß) den genannten Motiven (vgl. 7.1), andere reichen über diese hinaus. Im Vordergrund stehen Aspekte der sozialen Teilhabe, des Wohlbefindens und der passgenauen Unterstützung (vgl. Abbildung 60).

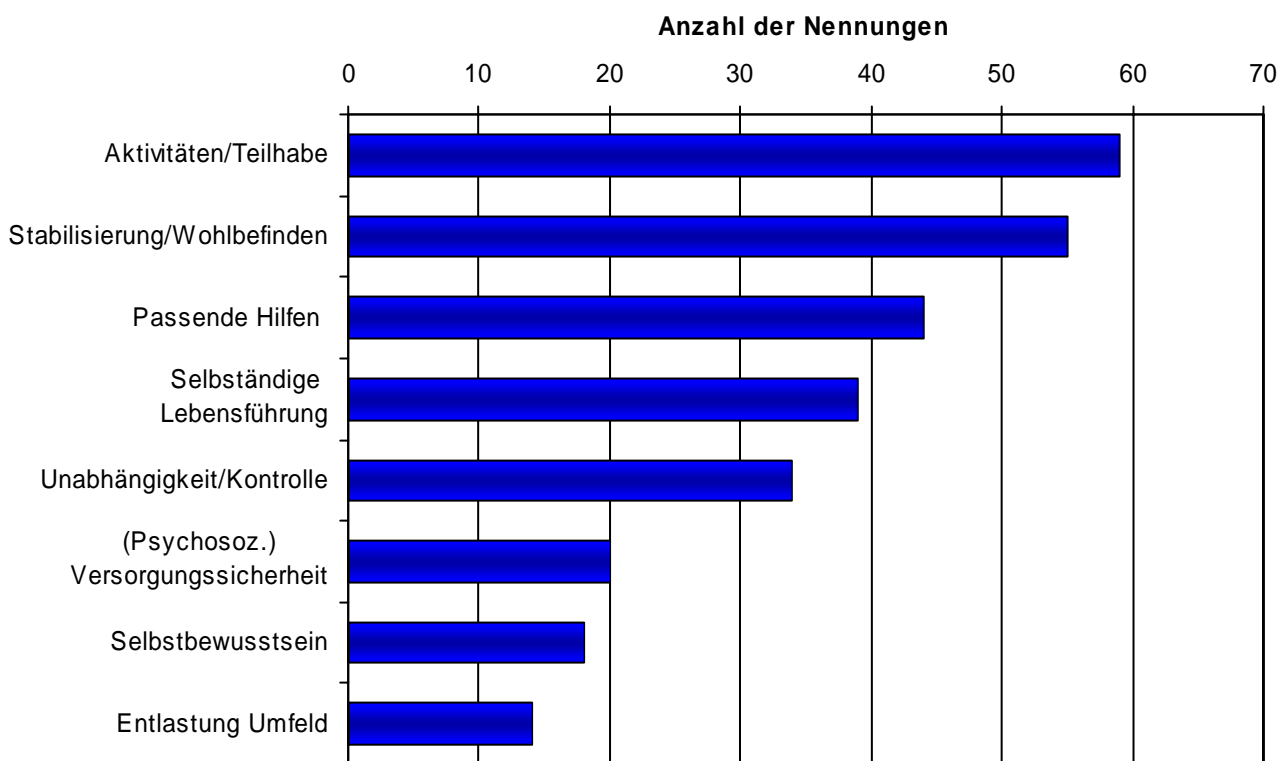


Abbildung 60: Verbesserungen im Leben seit Erhalt des Persönlichen Budgets (Anzahl der Nennungen) (Mehrfachnennungen, n=283)

Am häufigsten nennen die Budgetnehmer/innen einen Zuwachs an **Aktivitäten und sozialer Teilhabe**, und zwar unabhängig von der Art ihrer Behinderung. Sie sind mobiler und erleben mehr Möglichkeiten, ihre Freizeit außerhalb der eigenen Wohnung zu gestalten (z.B. Sport, Ausflüge, „man kommt mehr raus“). Einen zentralen Stellenwert im Rahmen dieses Wirkungsaspektes nimmt die **Verbesserung sozialer Kontakte** ein („unter Menschen kommen“, „dass man nicht total vereinsamt“); viele Budgetnehmer/innen erleben sich als weniger isoliert, können bestehende Kontakte besser pflegen oder lernen neue Menschen kennen.

Am zweithäufigsten berichten die Budgetnehmer/innen über positive Veränderungen hinsichtlich ihres **Wohlbefindens**. Sie fühlen sich psychisch und gesundheitlich **stabiler** und nehmen (neue) Perspektiven im Leben und eine insgesamt gesteigerte Lebensqualität wahr. Relevant sind in diesem Kontext auch Änderungen im Suchtverhalten (Abstinenz) und eine Verbesserung der Wohnverhältnisse.

Wohlbefinden/ Stabilisierung
<i>„Es geht mir besser im Alltag.“</i>
<i>„Deutliche Stabilisierung meiner gesundheitlichen Situation, (...) neuer Lebensmut.“</i>
<i>„Die Wohnung ist wesentlich besser, regelmäßige Unterstützung, ich fühle mich stabiler.“</i>
<i>„besseres Wohlbefinden und Lebensqualität“</i>
<i>„Sohn ist selbstsicherer, ruhiger, ausgeglichener, nicht mehr so gestresst wie in der Einrichtung“</i>
<i>„Wohnung sieht sauberer und besser aus, wie am Anfang, und der Haushalt, insgesamt geht es vorwärts.“</i>

Als ebenfalls bedeutsam erweisen sich an dritter Stelle die positiven Veränderungen im Hinblick auf die (bessere) **Passung der** budgetfinanzierten **Hilfen**. Diese Angaben beziehen sich in erster Linie auf die erlebten Entscheidungsfreiräume bei der Auswahl der Unterstützungsleistungen. Insbesondere die Möglichkeit, die unterstützenden Personen auswählen zu können, empfinden die Budgetnehmer/innen als sehr positiv. In diesem Zusammenhang wird auch auf die einfache und (zeitlich) flexible Organisation der Hilfen verwiesen, und einige Budgetnehmer/innen geben an, dass sie mit dem Persönlichen Budget quantitativ mehr Unterstützung realisieren können.

Über die drei zentralen Aspekte der Teilhabe, des Wohlbefindens und der passenden Hilfen hinaus spielen die veränderten Möglichkeiten einer **selbstständigen Lebensführung** eine wichtige Rolle. Jede vierte Aussage betrifft diesbezügliche Verbesserungen, die häufig im Zusammenhang mit der (veränderten) Wohnsituation stehen. Insgesamt gibt ein Drittel aller Befragten an, ihre Wohnsituation habe sich seit Erhalt des Persönlichen Budgets verändert. Dabei wird insbesondere der Umzug von einer stationären Wohneinrichtung in eine private Wohnform als erheblicher Zugewinn an Autonomie empfunden („*keine Kompromisse mehr mit Einrichtungen/Konzepten*“).

Eine weitere Antwortkategorie zu den Verbesserungen im Leben zielt auf die gewonnene **Unabhängigkeit** von Angehörigen und Diensten und die (wiedererlangte) **Kontrolle**. Diese Budgetnehmer/innen erleben mehr „Freiheiten“ und das Gefühl, Einfluss auf die Gestaltung des eigenen Lebens zu nehmen.

Unabhängigkeit/ Kontrolle
„Autonomie in Zukunftsplanung, Ausformulieren und Einordnen der eigenen Ziele“
„Durch das Persönliche Budget lassen sich eigene Ziele besser umsetzen.“
„Größere Unabhängigkeit im Arbeitgebermodell“
„Kann den Tag selber gestalten, Betreuung auch mal ablehnen, muss nicht den Rhythmus der Eltern oder der WG mitmachen.“

Die übrigen Nennungen lassen sich in den folgenden drei Wirkungsdimensionen zusammenfassen:

Das Arrangement bedarfsdeckender, verlässlicher (psychosozialer) Unterstützung ermöglicht **Versorgungssicherheit** inklusive der Sicherheit in Krisensituationen („*ich kann jederzeit Hilfe organisieren, wenn ich sie brauche*“).

Einige Budgetnehmer/innen geben einen Zuwachs an **Selbstbewusstsein** an, der vor allem mit der neuen Rolle als „Kunde“ bzw. „Arbeitgeber“ und dem Gefühl, nicht mehr „Bittsteller“ zu sein, im Zusammenhang steht.

Manche Aussagen beziehen sich schließlich auf positive Veränderungen für das soziale Umfeld bzw. auf eine **Entlastung der Eltern**.

Abbildung 61 gibt einen Überblick über die Anteile der Nennungen zu den **Verbesserungen** im Leben seit Erhalt des Persönlichen Budgets **nach Art der Behinderung**. Dabei werden folgende Unterschiede offenkundig:

- Der Wirkungsaspekt selbstständige Lebensführung hat für Menschen mit geistiger Behinderung und mit psychischer Erkrankung eine gleich hohe Bedeutung (jeweils etwa 30 % der Fälle), spielt jedoch für Menschen mit Körperbehinderung nahezu keine Rolle.
- Hingegen nennen etwa 40 % der Budgetnehmer/innen mit Körperbehinderung positive Veränderungen im Hinblick auf Unabhängigkeit und Kontrolle, während dieser Aspekt vergleichsweise selten von Person mit geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung genannt wird.
- Für Menschen mit psychischer Erkrankung zeigen sich Verbesserungen vor allem in Bezug auf die psychische Stabilisierung und ihr Wohlbefinden; jeder zweite aus diesem Personenkreis macht entsprechende Angaben.
- Die Entlastung des sozialen Umfeldes bzw. der Eltern wird ausschließlich von Angehörigen von Budgetnehmer/innen mit geistiger Behinderung als positive Veränderung angegeben.

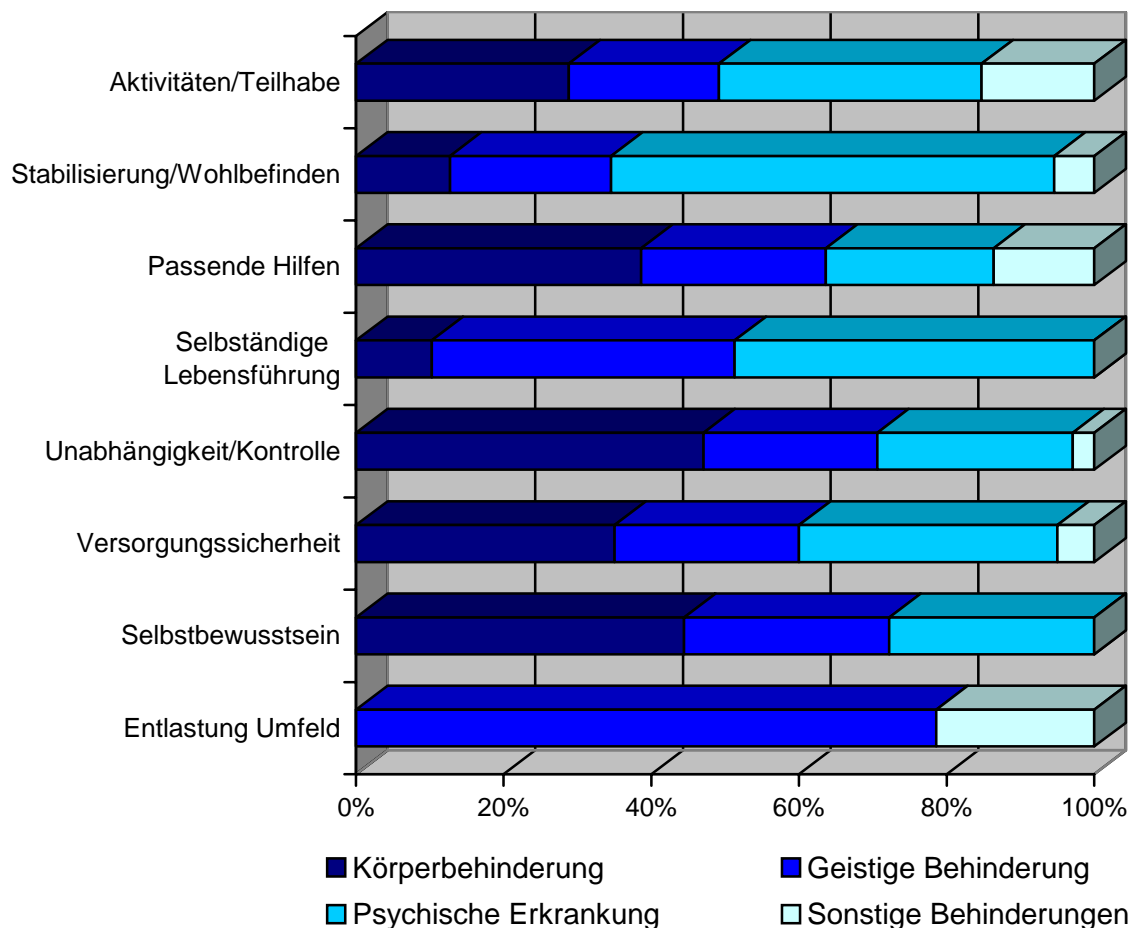


Abbildung 61: Verbesserungen im Leben seit Erhalt des Persönlichen Budgets, prozentuale Anteile an den Nennungen nach Art der Behinderung (Mehrfachnennungen)

Verschlechterungen/keine Veränderungen

Insgesamt zwanzig Budgetnehmer/innen (10 %) berichten, dass es seit Erhalt des Persönlichen Budgets neben positiven auch negative Veränderungen (n=15) bzw. ausschließlich Verschlechterungen (n=5) in ihrem Leben gibt. Die Ausführungen hierzu beziehen sich zum Teil auf sehr persönliche Gesichtspunkte (z.B. „*ich werde in meiner Ruhe gestört*“). Gleichwohl lassen sich durchaus Gemeinsamkeiten erkennen, die sich auf zwei zentrale Aspekte beziehen: auf den Aufwand und die Verantwortung im Zusammenhang mit der Budgetverwaltung sowie auf eine enge Zweckbindung des Budgets und diesbezügliche Nachweispflichten. Beide Faktoren spielen auch bei den genannten Nachteilen des Budgets eine zentrale Rolle (vgl. 7.3).

7.3 Zufriedenheit mit dem Persönlichen Budget

Das oben dargestellte Ergebnis, dass die meisten Budgetnehmer/innen positive Veränderungen in ihrem Leben wahrnehmen, seit sie das Persönliche Budget erhalten, ist bereits ein deutlicher Hinweis auf eine insgesamt hohe Zufriedenheit mit der neuen Leistungsform. Gestützt wird dieses Ergebnis durch eine Vielzahl von **Vorteilen** des Budgets, welche von der Mehrheit aller Budgetnehmer/innen (89 %) genannt werden. Diese beziehen sich im Kern auf

die gleichen Aspekte wie die Aussagen zu Motiven und positiven Veränderungen – wenn- gleich sie in einer anderen Rangfolge benannt werden (vgl. Tabelle 53).

- Entscheidungsfreiheiten bei der Auswahl von unterstützenden Diensten und Personen
- Unabhängigkeit (von Diensten und Angehörigen)
- Passende Hilfen
- Einfache und flexible Organisation
- Einflussnahme, Kontrolle über das eigene Leben
- Ermöglichung von Teilhabe
- Versorgungssicherheit
- Mehr Lebensqualität
- Mehr Selbstbewusstsein

Tabelle 53: Vorteile des Persönlichen Budgets aus Sicht der Budgetnehmer/innen

Gleichwohl nennt fast jeder zweite Budgetnehmer auch **Nachteile** des Persönlichen Budgets, die sich trotz der Vielfältigkeit in den diesbezüglichen Ausführungen in der Gesamt- schau zu den zentralen Aspekten in Abbildung 62 zusammenfassen lassen.

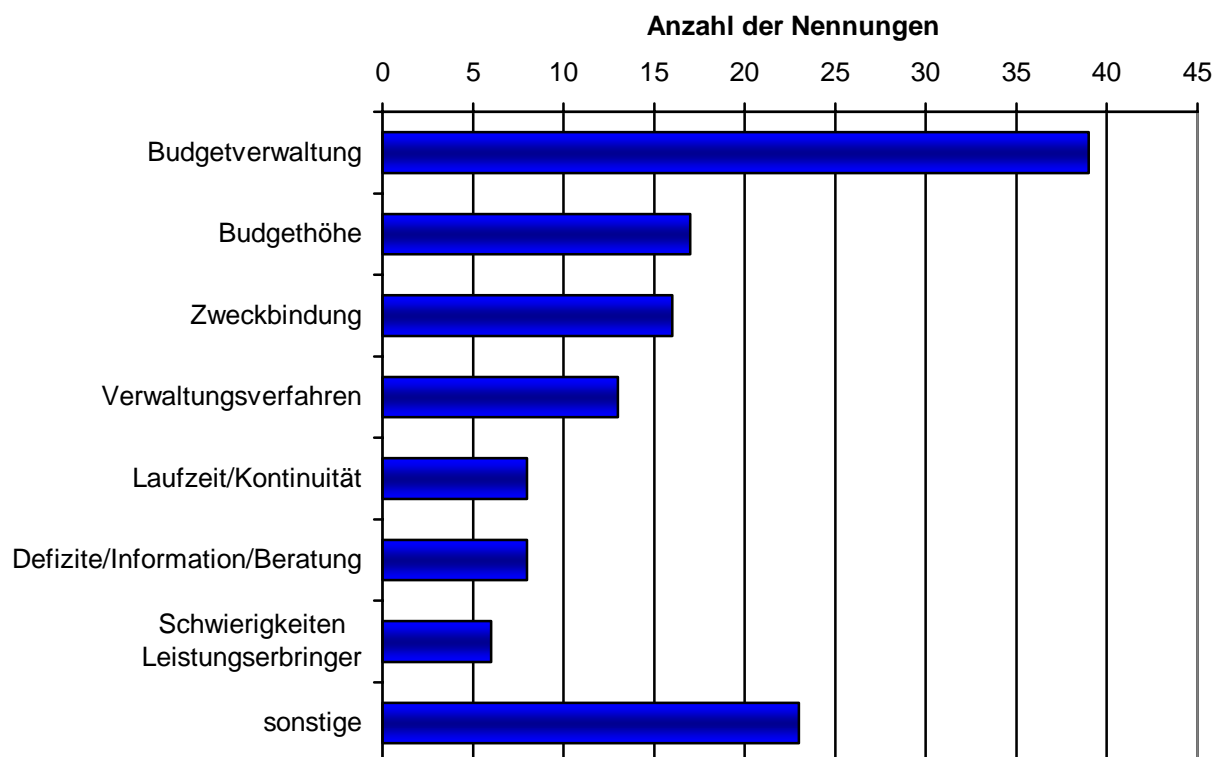


Abbildung 62: Nachteile des Persönlichen Budgets aus Sicht der Budgetnehmer/innen (Anzahl der Nennungen, Mehrfachantworten, n=130)

Im Wesentlichen geht es um Aspekte der **Budgetverwaltung**, die in 40 % der Fälle genannt werden. Die Abrechnung des Geldes, die Nachweiserbringung und der budgetbezogene „Schreibkram“ werden von vielen Budgetnehmer/innen bzw. Angehörigen als sehr aufwändig empfunden, einige Personen haben zudem Schwierigkeiten, einen Überblick über die Geld-

ausgaben zu behalten und empfinden die Verantwortung im Zusammenhang mit der Budgetverwaltung als sehr belastend. In wenigen dokumentierten Fällen wird der Antrag auf ein Persönliches Budget aus diesem Grunde von den Antragstellern wieder zurückgezogen (vgl. Kap. 3.1.2).

Eine weitere wichtige Rolle spielt die **Budgethöhe**, die nach Ansicht mancher Budgetnehmer/innen zu knapp bemessen bzw. nicht bedarfsdeckend ist (obwohl die Mehrheit dieser Personen gleichzeitig angibt, das Budget habe immer ausgereicht). Es wird in diesem Kontext auch befürchtet, dass das Persönliche Budget vor allem der Einsparung dienen soll.

Nachteile werden zudem im Zusammenhang mit einer engen **Zweckbindung** von Budgets und einer diesbezüglichen Nachweispflicht wahrgenommen (vgl. Kap. 4.5). Einige Budgetnehmer/innen sehen die gewünschte Flexibilität in der Hilfestellung so erheblich eingeschränkt (vgl. untenstehendes Beispiel).

Nachteile des Budgets: Enge Zweckbindung

Frau Ellermann ist 37 Jahre alt und lebt in einer eigenen Wohnung. Sie ist psychisch krank (manisch-depressiv), in der Vergangenheit gab es verschiedene Psychiatricaufenthalte und auch zum Zeitpunkt der Budgetbeantragung droht eine erneute Klinikaufnahme. Um dies zu vermeiden und ihre Selbstständigkeit in der eigenen Wohnung aufrechtzuerhalten, erhält Frau Ellermann ein Persönliches Budget von monatlich 280 Euro. Einen Großteil des Budgets (210 Euro) muss sie laut Zielvereinbarung für psychosoziale Unterstützung im Umfang von 1,5 Wochenstunden durch einen festgelegten professionellen Dienstleister einsetzen. Mit den verbleibenden 70 Euro, die sie eigenverantwortlich für den Bereich „Ernährung und Bewegung“ ausgeben kann, finanziert sie ihre Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio und gelegentliche Aktivitäten wie Schwimmen gehen. Die Budgetnehmerin äußert sich sehr unzufrieden mit dem Verfahren der Budgetbewilligung bzw. mit den geringen Entscheidungsspielräumen, die ihr durch die enge Zweckbindung des Budgets blieben. Es habe keine Gespräche über ihre Unterstützungswünsche und keine Zielvereinbarung zwischen ihr und dem Sozialamt gegeben, sondern lediglich Absprachen zwischen dem Sozialamt und dem Leistungserbringer. Als besonders negativ empfindet sie, dass sie den professionellen Dienst wöchentlich in Anspruch nehmen müsse, obwohl sie selbst ihren Bedarf als eher unregelmäßig beschreibt und sich diesbezüglich mehr Flexibilität wünschen würde. Darüber hinaus sei sie mit der pädagogischen Mitarbeiterin sehr unzufrieden und würde gerne den Anbieter wechseln.

Im Zusammenhang mit dem Thema Zweckbindung fällt auf, dass sich unter den Budgetnehmer/innen, die von (teilweisen) Verschlechterungen im Leben berichten und/oder das Persönliche Budget beendet haben, im Vergleich zur Personengruppe mit Verbesserungen ein wesentlich größerer Anteil an Personen befindet, die nicht selbst darüber entscheiden, wofür ihr Budget ausgegeben wird.

Auch die erlebten **Verwaltungsverfahren** werden zum Teil als nachteilig bzw. als zu bürokratisch und aufwändig beschrieben. Dies betrifft insbesondere das Antrags- bzw. Bewilligungsverfahren, deren lange Bearbeitungsdauer von einzelnen Budgetnehmer/innen kritisiert wird (vgl. Kap. 4.2).

Weitere Angaben der Budgetnehmer/innen zu Nachteilen des Persönlichen Budgets beziehen sich auf

- **kurze Laufzeiten** des Budgets bzw. der Zielvereinbarungen und eine diesbezügliche Unsicherheit über die Kontinuität des Budgets,
- unzureichende Information und Beratung sowie auf
- Schwierigkeiten, passende **Dienstleistungen** zu finden, bzw. die Unzufriedenheit mit erhaltenen Hilfen.

Gesamtbewertung

Die dargestellten Nachteile scheinen insgesamt nicht (oder nur unwesentlich) auf die Zufriedenheit mit dem Persönlichen Budget Einfluss zu nehmen (vgl. Abbildung 63).

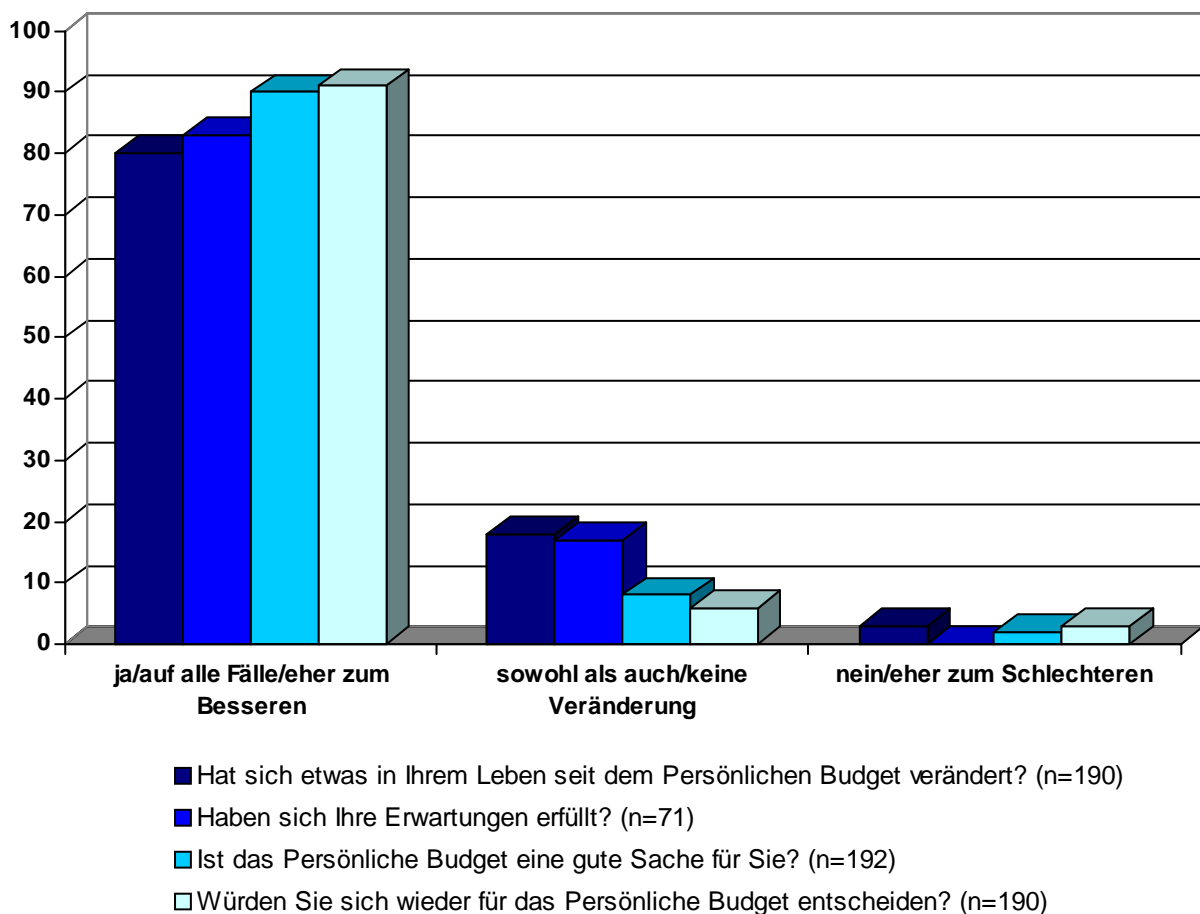


Abbildung 63: *Bewertungen des Persönlichen Budgets aus Sicht der Budgetnehmer/innen in der Zusammenschau (Angaben in %)*

Auf die zusammenfassende Bewertungsfrage „Was würden Sie insgesamt sagen: Ist das Persönliche Budget eine gute Sache für Sie?“ antworten 90 % der Budgetnehmer/innen mit „Ja, auf alle Fälle“. Sechzehn Personen zeigen sich diesbezüglich unentschieden (teils/teils) und lediglich drei Personen bewerten das Budget für sich insgesamt als negativ.

Die Mehrheit (91 %) würde sich noch mal für das Persönliche Budget entscheiden, 12 Personen sind sich unsicher und nur fünf Personen verneinen dies. Diese Verteilung hat auch in der zweiten Befragung Bestand: Für die meisten Budgetnehmer/innen haben sich der Wiederholungsbefragung zufolge ihre Erwartungen an das Persönliche Budget insgesamt erfüllt.

7.4 Budgetbeispiele

Die folgenden Budgetbeispiele sollen die oben dargestellten personenübergreifenden Ergebnisse zu Motiven, Funktionen, Wirkungen und Bewertungen aus Sicht der Budgetnehmer/innen exemplarisch veranschaulichen, d.h. das Allgemeine im Individuellen illustrieren. Zugleich verweisen sie über den kategorialen Blick der wissenschaftlichen Analyse hinaus gerade auf das Besondere, das Überraschende des Einzelfalls, sozusagen als Spiegel der Kernidee des Persönlichen Budgets: Individuelle Motive, Wünsche, Ressourcen und Ideen, aber auch persönliche Hemmnisse, Ängste und Unsicherheiten. Diese lebensweltlichen Aspekte lassen sich kaum aus konzeptionellen, theoretischen Annahmen und Analysen ableiten, sondern offenbaren sich erst in der sozialen Komplexität des gelebten Alltags.

Das Interviewmaterial zu den ausgewählten Beispielen wurde nach vier zentralen Kategorien „geordnet“ und thematisch zusammengefasst:

- Lebenssituation und Hintergrund der Budgetbeantragung
- Erfahrungen im Bewilligungsverfahren
- Organisation der Unterstützung
- Veränderungen im Leben und Bewertung des Budgets

7.4.1 „...dass ich dann auch nur eine Ansprechperson habe“ – Erleichterungen durch das trägerübergreifende Persönliche Budget

Lebenssituation und Hintergrund der Budgetbeantragung

Frau Brinkmann ist 33 Jahre alt und lebt derzeit bei ihren Eltern. Als ausgebildete Bürokauffrau ist sie in einem Institut für Tourismusforschung in der Verwaltung (Backoffice) angestellt, wo sie aus betriebsbedingten Gründen momentan nur Teilzeit (halbe Stelle) beschäftigt ist. Sie selbst beschreibt sich als unternehmungslustig und besucht gerne Freunde und Bekannte, geht gerne ins Kino, essen oder auf Veranstaltungen.

Frau Brinkmann ist Rollstuhlfahrerin und aufgrund ihrer komplexen Körperbehinderung auf umfassende Pflege und Unterstützung in vielen Dingen der alltäglichen Lebensführung angewiesen. Dies betrifft die Körperpflege und tägliche Versorgung, die Haushaltsführung sowie Mobilitätshilfen und Begleitung in der Freizeit. Zudem benötigt Frau Brinkmann Assistenz am Arbeitsplatz, z.B. Handreichungen beim Kopieren und Abheften von Unterlagen.

Frau Brinkmann erhält bereits vor der Budgetbeantragung verschiedene Leistungen von mehreren Trägern (vgl. Tabelle 54): Neben Krankengymnastik und diversen Hilfsmitteln wird ihr täglicher Bedarf vor allem durch Leistungen der häuslichen Pflege (Pflegegeld, Stufe 3) sowie Leistungen der Arbeitsassistenz durch das Integrationsamt gedeckt. Zur Finanzierung der Arbeitsassistenz erhält Frau Brinkmann bislang halbjährlich etwa 5.000 Euro. Die Verwendung muss sie durch eine detaillierte Auflistung geleisteter Assistenzstunden sowie durch die Vorlage aller Rechnungsbeträge und entsprechender Kontoauszüge nachweisen.

Weitere Unterstützung/Begleitung, insbesondere bei Freizeitaktivitäten, wird im Wesentlichen durch die Eltern geleistet.

Frau Brinkmann verspürt jedoch zunehmend den Wunsch, ihre Freizeit selbstbestimmter und unabhängiger von ihrer Familie zu gestalten und ihre Eltern stärker zu entlasten. *„Weil ich schon manchmal gesagt habe, meinen Eltern ist das auch zu viel, die ganze Hin- und Her-fahrt. Weil ich halt ein sehr mobiler Mensch bin. Ich bin halt sehr gerne unterwegs.“*

Unterstützungsbedarf	Leistungsträger	Leistungsart	Organisation
Tägliche Versorgung, Pflege	Pflegekasse	Pflegegeld (Stufe 3) 665 €	Eltern
Begleitung bei (Freizeit-) Aktivitäten, Mobilität	Sozialhilfeträger	Träger- übergreifendes Budget 916 €	Leistungsvertrag mit sozialem Dienst (Zivis, Studenten) Freunde, Bekannte
Arbeitsassistenz	Integrationsamt		
Krankengymnastik	Krankenkasse	Sachleistung	
Hilfsmittel	Krankenkasse, Bundesagentur für Arbeit	Sachmittel	

Tabelle 54: Übersicht über Leistungen und Organisation der Unterstützung, Frau Brinkmann

Erfahrungen im Bewilligungsverfahren

Angeregt durch eine befreundete Budgetnehmerin informiert Frau Brinkmann sich über die Möglichkeiten eines Persönlichen Budgets zur Finanzierung einer „Freizeitassistenz“ und stellt einen Antrag beim Sozialhilfeträger. Nach einigen Gesprächen wird ihr schließlich ein Persönliches Budget in Höhe von 200 Euro bewilligt. Hiervon organisiert sie über einen sozialen Dienst Zivildienstleistende und Studenten, die sie ergänzend zu ihren Eltern bei Freizeitaktivitäten begleiten.

Eine Sozialarbeiterin des leistenden Sozialhilfeträgers bringt bei Besuchen den Vorschlag eines trägerübergreifenden Budgets ein, den Frau Brinkmann sofort positiv aufnimmt. *„Ich habe schon immer meine genauen Vorstellungen darüber, wie so was organisiert werden könnte. Dann habe ich gesagt, ja, wenn ich in der Richtung irgendwas verbessern könnte, klar bin ich dabei.“*

Dabei scheint ihr erst einmal ein gemeinsames „Assistenzbudget“ vom Sozialhilfeträger und vom Integrationsamt als zielführend, für das sie einen Antrag beim Sozialhilfeträger stellt. Obwohl auch eine Beteiligung weiterer Leistungsträger denkbar wäre und z.B. die Krankenkasse ausdrücklich ihre Bereitschaft erklärt, sich mit ihren Leistungen an einem trägerübergreifenden Budget zu beteiligen, ist es der erklärte Wunsch von Frau Brinkmann, die ergänzenden Leistungen der anderen Leistungsträger weiterhin als Sachleistung in Anspruch zu nehmen. Hintergrund für diese Entscheidung ist u.a. ihre Zufriedenheit mit dem Sachleistungscharakter dieser Leistungen. *„Die Krankenkasse wollte ich da raus lassen, weil mit der habe ich eh keine Arbeit, keine Verwaltung, das läuft alles. (...) Man muss sich ja nicht mehr Arbeit machen, als man hat.“* Neben einem allgemeinen Interesse verspricht sich Frau Brinkmann vom trägerübergreifenden Budget, mehr Unabhängigkeit und eine größere Entlastung der Eltern und sich langfristig eine selbstständige Lebensführung in einer eigenen Wohnung zu ermöglichen.

„Ich sage mal so, deswegen bin ich da so begeistert, da dran teilzunehmen, weil ich habe vor, in den nächsten ein, zwei Jahren auszuziehen. Und ich werde aufgrund meiner Behinderung wohl auf 24 Stunden Betreuung angewiesen sein. Und ich habe dann auch auf der [Name der Behörde] gesagt, wenn ich mir vorstelle, dass es dieses trägerübergreifende Budget nicht gibt – weil ich kriege dann nachher, für die 24 Stunden Betreuung, ich weiß nicht, einmal Geld, um meine Arbeit zu bezahlen, dann kriege ich Geld für in meiner Wohnung, also für die Betreuung, dann kriege ich noch Geld von der Pflegekasse. Und ich habe dann drei oder vier verschiedene Ansprechpartner. Da sage ich, ich mache das jetzt, um das für mich jetzt mal im Kleinen auszuprobieren, wie es läuft. Damit ich dann später da schon mal keine Probleme mehr habe. Damit ich, wenn ich ausziehe und einen größeren Betrag brauche, dass ich dann auch nur eine Ansprechperson habe.“

Die Sozialarbeiterin des Sozialhilfeträgers steuert und koordiniert das gesamte Bewilligungsverfahren, trifft die erforderlichen Absprachen mit dem beteiligten Integrationsamt und formuliert die gemeinsame Zielvereinbarung. Als Ziele des trägerübergreifenden Budgets werden hier die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft im Freizeitbereich sowie die Unabhängigkeit von der Hilfe der Eltern bzw. deren Entlastung formuliert. Hierfür wird Frau Brinkmann ein Gesamtbudget von 916 Euro bewilligt (716 Euro vom Integrationsamt, 200 Euro vom Sozialhilfeträger), das als Gesamtbetrag monatlich vom Sozialhilfeträger auf ihr Konto überwiesen wird.

Die bisher eingeforderte umfangreiche Dokumentation der Arbeitsassistenz gegenüber dem Integrationsamt entfällt, Frau Brinkmann muss nun lediglich dem Sozialhilfeträger als alleinigen Ansprechpartner halbjährlich die monatlichen Rechnungen für die Arbeitsassistenz vorlegen, Nachweise für das Freizeitbudget werden nicht verlangt. *„Ich kann mir diesen Betrag im Monat jetzt selbst einteilen. (...) Was ich damit mache, das ist mir überlassen. Ich bin jetzt flexibler.“*

Organisation der Unterstützung

Frau Brinkmann steht es laut Zielvereinbarung frei, wen sie auf welcher Vertragsbasis (z.B. Honorarbasis, Arbeitsvertrag) als Assistenten beschäftigt. Das Arbeitgebermodell kommt dabei für sie nach eigener Aussage grundsätzlich nicht in Frage, weil sie die damit verbundenen Verwaltungsaufgaben als zu aufwändig einschätzt. *„Das ist, wie wenn man eine kleine Firma führt, (...) wenn ich dann mal frei habe, bin ich froh, wenn ich meine Freizeit genießen kann.“* Zum anderen ist es Frau Brinkmann insbesondere für die Arbeitszeit wichtig, dass ihre Assistenten zuverlässig zur Verfügung stehen, und sie z.B. bei Krankheitsfällen nicht kurzfristig selbst für Ersatz sorgen muss. *„Es muss so sein, sag ich, wenn ich von einem Dienstleister jemanden bekomme, und der fällt aus, dann müssen die für Ersatz sorgen, dann brauch ich mir keine Gedanken zu machen.“*

Deshalb engagiert Frau Brinkmann ihre Arbeitsassistenz ausschließlich über Leistungsverträge mit sozialen Diensten, die sie auch unter finanziellen Aspekten auswählt. So kündigt sie einem sozialen Dienst, als dieser „preisgünstige“ Zivildienstleistende nicht mehr kontinuierlich bzw. gar nicht mehr beschäftigt, sondern nur noch qualifizierte Kräfte einsetzt. Weil sich dementsprechend die Preise erhöhen und der Dienst nicht bereit ist, seine Mitarbeiter günstiger anzubieten, sucht Frau Brinkmann einen neuen Anbieter (*„die hätten ein bis zwei Euro runter gehen müssen vom Preis, vom Stundenpreis, dann wäre ich da noch geblieben“*). Über die Gelben Seiten findet sie einen neuen Dienstleister, der günstige Assistenzleistungen verlässlich garantieren kann. *„Und die erbringen eigentlich dieselben Leistungen,*

aber zu Traumpreisen. Die haben wirklich eine gute Qualität und noch einen guten Preis“. Eine einheitliche Bezahlung unabhängig von der Qualifikation der Assistenten hat sie sich vertraglich zusichern lassen. *„Ich habe mit denen einen Vertrag, wo das alles geregelt ist, auch mit dem Preis. Und wenn die keinen Zivi, wegen Lehrgang oder Krankheit, da haben – die haben auch Zivi-Knappheit – und die mir jemand anderen schicken müssen, dann ist das aber nicht mein Problem.“* Die Einsatzpläne für die Assistenten spricht sie je nach Bedarf mit dem Dienstleister ab (*„es gibt Tage, wo ich mehr, und Tage, wo ich weniger Hilfe bei der Arbeit brauch“*). Auch Überstunden von Frau Brinkmann sind im Budget eingeplant und flexibel handhabbar.

Im Freizeitbereich engagiert die Budgetnehmer/innen zum Teil auch Zivildienstleistende und Studenten im Umfang von etwa vier bis fünf Stunden in der Woche (*„im Winter wahrscheinlich nicht so viel wie im Sommer“*), für größere Unternehmungen kann sie ihr Budget auch ansparen. Für Unterstützung in der Freizeit hat sie mit dem Dienstleister ebenfalls über passende Leistungen verhandelt.

„Dann habe ich auch zu ihr gesagt, (...) ich würde euch gerne auch mal für die Freizeit in Anspruch nehmen. Ich weiß auch, ihr habt nicht immer so viel Zivis zur Verfügung. Und schicken sie mir doch mal ein Angebot zu, wo sie vielleicht so einen Preis kalkulieren, wo sie dann die Wahl haben (...), der so dazwischen liegt. Dann habe ich auch die Gewissheit, dass sie mir jemanden stellen können.“

Je nach Aktivität engagiert sie im Freizeitbereich aber auch andere (Privat-)Personen, die sie je nach Art der Unterstützung unterschiedlich bezahlt. Geht es lediglich um eine Begleitung z.B. ins Kino, bei der keine pflegerischen Tätigkeiten anfallen, bezahlt Frau Brinkmann der unterstützenden Person einen geringeren Stundensatz als wenn pflegerische Maßnahmen z.B. bei einem Tagesausflug anfallen.

Zufriedenheit mit dem Budget und Bewertung

Frau Brinkmann ist mit ihrem Persönlichen Budget sehr zufrieden. Ihre positive Beurteilung bezieht sich zum einen allgemein auf die Entscheidungsspielräume und die Flexibilität der Hilfen, die sie auf ihrem Weg zu einer stärkeren Unabhängigkeit und Verselbstständigung unterstützen. *„Es bietet mir die Möglichkeit, Dinge zu unternehmen oder zu erledigen, die ich vorher nur mit Unterstützung meiner Eltern machen konnte. Ich kann so lange und so oft unterwegs sein, wie ich es möchte. (...) Ein besonderer Vorteil ist es bei Aktivitäten, die in die Nacht hineingehen.“*³⁶

Insbesondere die Möglichkeit, begleitende Personen selbst auswählen zu können, wird von ihr sehr positiv beurteilt – sowohl aus sozialen als auch aus finanziellen Gesichtspunkten.

Weitere positive Aspekte beziehen sich speziell auf den trägerübergreifenden Charakter ihres Budgets, dessen Ausgestaltung Frau Brinkmann als erhebliche Erleichterung wahrnimmt. *„ (...) Ich habe nur eine Behörde als Ansprechpartner, in meinem Fall die [Name der Behörde], an die ich mich wenden muss. Diese setzt sich bei Problemen oder Änderungen mit dem anderen Kostenträger in Verbindung. Außerdem ist es nicht mehr notwendig, in regelmäßigen Abständen eine detaillierte Abrechnung vorzulegen.“*

³⁶ Dieses und das folgende Zitat sind einem Vortrag der Budgetnehmer/in entnommen. Damit die Interviewangaben der Budgetnehmerin vertraulich bleiben können, wird auf eine Quellenangabe verzichtet.

7.4.2 „... um am sozialen Leben überhaupt wieder teilzunehmen" – Mobilität mit dem eigenen Auto

Lebenssituation und Hintergründe der Budgetbeantragung

Herr Nolten ist 44 Jahre alt und wohnt alleine in seiner eigenen Wohnung. Er berichtet von psychischen Problemen (Depressionen) in der Vergangenheit. Zudem ist Herr Nolten körperlich beeinträchtigt: Er hat erhebliches Übergewichtigkeit (er gibt an, im letzten Jahr über 250 kg gewogen zu haben, inzwischen habe er – als Folge einer operativen Magenverkleinerung – 120 kg abgenommen) und infolge dessen gesundheitliche Probleme wie Verschleißerscheinungen an den Gelenken. Insgesamt ist Herr Nolten in seiner Mobilität stark eingeschränkt, Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln kann er kaum bewältigen. Es ist ihm deshalb auch nicht möglich, seine Töchter zu besuchen, die über 100 km entfernt in einem Kinder- und Jugenddorf leben. Insgesamt fühlt er sich in dieser Situation sehr isoliert.

Ein Mitarbeiter der sozialpsychiatrischen Tagesstätte, die Herr Nolten besucht, bringt schließlich die Idee ein, ein Persönliches Budget zu beantragen, *„hauptsächlich, weil ich mich isoliert hatte zu Hause und so. Wieder am Leben teilzunehmen.“*

Erfahrungen im Bewilligungsverfahren

In Gesprächen mit dem zuständigen Sozialamt wird gemeinsam beraten, wie eine passende Budgetlösung für Herrn Nolten gestaltet werden könnte.

„Ich wurde also gefragt, was ich mir darunter vorstellen könnte, wenn ich dieses Budget erhalte. Was ich damit machen könnte, und was halt sein muss, das heißt Haushaltshilfe und so.“

In der Zielvereinbarung verständigt man sich darauf, dass Herr Nolten das Budget zum einen für die Weiterführung des Haushaltes und damit der Aufrechterhaltung des selbstständigen Lebens in der eigenen Wohnung und zum anderen für seine Teilnahme am sozialen Leben, insbesondere für seine Mobilität einsetzt.

Organisation der Unterstützung

Es wird ein Persönliches Budget von insgesamt 330 Euro bewilligt (vgl. Tabelle 55), von dem er 130 Euro für eine Haushaltshilfe einsetzen muss. Hierfür hatte er bereits eine Bekannte aus der Nachbarschaft vorgesehen; diese Frau erledigt drei Stunden in der Woche Tätigkeiten wie Putzen und Bügeln und einmal im Monat für fünf Stunden die Grundreinigung der Wohnung. Sein Sohn fegt zweimal im Monat die Straße und erhält dafür als kleine Anerkennung zehn Euro aus dem Budget.

Über die 200 Euro, die im Budget für Teilhabeaktivitäten bzw. Mobilität vorgesehen sind, kann Herr Nolten frei verfügen. Er finanziert damit den Unterhalt für ein Auto, das er sehr günstig über einen Freund erstanden hat, weil dies für ihn die angenehmste Art darstellt, mobil zu sein.

„Ich kann frei entscheiden da drüber, d.h. ich kann auch mit dem Bus fahren, ich kann auch mit dem Zug fahren. Für mich ist es halt durch die Erkrankung ein bisschen umständlich, (...) mit dem Auto ist es relativ gut auszuhalten.“

Mit dem Budget deckt er vor allem die Benzinkosten, bezahlt darüber aber auch Versicherung und Steuer sowie notwendige Anschaffungen wie etwa Reifen. Dabei plant er seine

Ausgaben vorausschauend („*ich teil mir das so ein, dass es mir reicht*“) und spart das Geld z.B. für längere Fahrten zu seinen Töchtern oder für eine anstehende TÜV-Prüfung an.

Unterstützungsbedarf	Leistungen	Organisation
Psychosoziale Unterstützung	Sachleistung	Sozialpsychiatrische Tagesstätte
Hilfe im Haushalt	Persönliches Budget 330 Euro	Nachbarin (Sohn)
Mobilität		Unterhalt Auto

Tabelle 55: Übersicht über Leistungen und Organisation der Unterstützung, Herr Nolten

Über seine Budgetausgaben führt Herr Nolten Buch, und er legt seine Aufzeichnungen der Mitarbeiterin vom Sozialamt bei Hausbesuchen vor.

„Ich hab zu Hause so ein Büchelchen, und da schreibe ich das dann rein, ja und das wars. (...) Das zeig ich dann immer der Frau [Name], wenn die hierher kommt. Dass die noch mal so sieht, für was das Geld ausgegeben wird.“

Veränderungen im Leben und Bewertung des Budgets

Das Auto ermöglicht es Herrn Nolten, trotz seiner körperlichen Beeinträchtigungen mobil und wieder sozial aktiv zu sein. Er ist nach eigenen Angaben den ganzen Tag unterwegs, besucht seine Töchter regelmäßig und unterhält darüber hinaus verschiedene soziale Kontakte. Durch die Spielräume in der Budgetverwendung ist es ihm auch möglich, z.B. gelegentlich mit einer Freundin ins Kino zu gehen oder sich Dinge für seine Angelausrüstung anzuschaffen. Diese Entwicklungen in seinem Leben seit Erhalt des Persönlichen Budgets werden von ihm sehr positiv beurteilt.

„Weil ich vorher isoliert war, und das Budget macht es mir einfach möglich, am öffentlichen Leben, am sozialen Leben wieder teilzunehmen. Ich kann mich in mein Auto setzen, ich kann hinfahren, wo ich will. Ich kann dadurch auch viele soziale Kontakte knüpfen, auch mit ehemaligen Patienten von hier, ehemalige Patienten von der Psychiatrie zum Beispiel, wo ich ja auch mal in Behandlung, aber halt nur ambulant, war. Ja, mein Bewegungsfreiraum, der hat sich dermaßen erweitert durch das Budget, dass ich das wieder bezeichnen kann, voll im sozialen Mittelpunkt und Leben zu stehen. Was ja vorher nicht gegeben war.“

Die neue Mobilität und die dadurch ermöglichten sozialen Aktivitäten strukturieren – neben dem Besuch der Tagesstätte des sozialpsychiatrischen Dienstes – seinen Tag.

„Aber wenn das nachmittags oder gegen später nachmittags fertig ist, und dann habe ich halt die Möglichkeit mit dem Auto noch was zu unternehmen, so dass ich erst irgendwann abends um acht Uhr nach Hause komme und nicht mittags um zwei Uhr zu Hause bin und dann habe ich wieder dasselbe Thema wie vorher.“

Dieses „Unterwegs-Sein“ trägt zu einer Stabilisierung seiner psychischen Situation bei. *„Das hat mir auch sehr viel geholfen, dieses Budget, auch meine psychischen Probleme loszuwerden.“*

Vor diesem Hintergrund hat das Persönliche Budget bzw. seine Art der Problembewältigung durch das Auto einen sehr hohen Stellenwert im Leben von Herrn Nolten.

„Ich bin sehr zufrieden, und ich könnte es mir auch nicht mehr vorstellen, ohne das Budget zu sein momentan. (...) Ich kann mir nicht vorstellen, das zu verlieren, da würd' für mich 'ne Welt einstürzen.“

Insgesamt kommt er zu einer sehr positiven Einschätzung des Persönlichen Budgets:

„Ich finde das also gut, dass es so was gibt für hilfsbedürftige Leute. (...) Dass es jemanden, dem es so wie mir gegangen ist vorher, doch erheblich aus einer Situation heraushilft, um wieder am sozialen Leben überhaupt teilzunehmen.“

7.4.3 „Ein bisschen mehr Selbstbewusstsein, was man sonst verliert“ – Sich mit dem Budget Angehörigen gegenüber erkenntlich zeigen

Lebenssituation und Hintergrund der Budgetantragung

Das Ehepaar Mutz lebt zusammen in einer kleinen Wohnung. Frau Mutz ist 57 Jahre, ihr Mann 61 Jahre alt, sie haben gemeinsam vier Kinder. Nachdem sie jahrelang in Italien gelebt hatten (Frau Mutz ist Italienerin), sind sie nun seit etwa zwölf Jahren wieder in Deutschland, auch bedingt durch gesundheitliche Probleme der beiden. Nach eigenen Angaben sind beide Ehepartner an Rheuma erkrankt, der Gebrauch der Hände ist dadurch erheblich eingeschränkt und ihre Mobilität insgesamt begrenzt. Weitere Erkrankungen wie der Kehlkopfkrebs des Mannes sowie eine Atemwegserkrankung der Frau erschweren die Bewältigung des gemeinsamen Alltags zusätzlich.

Das Ehepaar benötigt Unterstützung im Haushalt und bei der täglichen Selbstversorgung. Darüber hinaus sind sie auf Begleitung bzw. auf Fahrdienste angewiesen, insbesondere um ihre zahlreichen Termine in Kliniken und bei Ärzten wahrnehmen zu können, aber auch bei Aktivitäten in der Freizeit.

Sie helfen sich in vielen Dingen gegenseitig (z.B. bei der Körperpflege), die weitere erforderliche Unterstützung wird über Familienangehörige, d.h. in erster Linie durch ihre Kinder erbracht.

Erfahrungen im Bewilligungsverfahren

Bei einem Besuch des örtlichen Sozialamts werden sie dort durch ein Plakat auf das Persönliche Budget aufmerksam und nehmen Kontakt mit der verantwortlichen Projektmitarbeiterin auf. Hintergrund für den später folgenden Budgetantrag ist, dass es in der jüngeren Vergangenheit immer wieder teils umfängliche Unterstützungserfordernisse gab, die ohne Sozialleistungen ausschließlich über die Familie bewältigt werden mussten.

„Ich hatte nämlich kurz davor einen Bruch am Fuß gehabt, und da musste ich fast acht Wochen, konnte ich nicht laufen, und da ist immer genauso meine Schwester, mein Sohn, mein anderer Sohn, alle haben mir geholfen, aber ich habe nicht mal an die Krankenkasse gefragt, ob mir jemand helfen kann.“ (Frau Mutz)

„Wir beiden haben es von alleine nicht mehr geschafft, die Familie konnte ja auch nicht mehr umsonst einspringen, Spritkosten usw. und im Haushalt.“ (Herr Mutz)

Die Gespräche im Vorfeld mit den Mitarbeiter/innen beim Sozialamt werden von ihnen als „freundlich“ und „entgegenkommend“ beschrieben. *„Die haben versucht, unsere Situation zu begreifen und die Not, die wir gehabt haben.“ (Frau Mutz)*

Das Ehepaar bekommt schließlich pro Person ein Persönliches Budget von 173 Euro bewilligt, um damit Unterstützung im Haushalt sowie Fahrdienste zu finanzieren.

Organisation der Unterstützung

Herr und Frau Mutz setzen das Budget ausschließlich ein, um sich den helfenden Familienangehörigen, insbesondere den Kindern, gegenüber erkenntlich zu zeigen bzw. mit der Unterstützung verbundene Auslagen (z.B. Benzinkosten) zu erstatten. Soziale Netzwerke über die Familie hinaus gibt es nach einigen Angaben kaum (man habe nach der Rückkehr nach Deutschland „keinen Anschluss“ gefunden). Professionelle Dienste bzw. fremde Personen kommen für sie grundsätzlich nicht in Frage, weil ihnen Gefühle der „Vertrautheit“ und „Ehrlichkeit“ im Kontext der teils sehr persönlichen Hilfeleistungen sehr wichtig sind.

„Dass man sich vertraut (...). Es ist eigentlich auch peinlich ...“ (Frau Mutz)/ „sich vor Leuten ausziehen, den Kopf gewaschen zu bekommen.“ (Herr Mutz)“

Veränderungen im Leben und Bewertung des Budgets

Auch wenn das Ehepaar Mutz angibt, die dem Budget zugrunde gelegten Bedarfsstunden von etwa drei Stunden pro Woche seien viel zu gering bemessen (so gäbe es in manchen Monaten an etwa 20 Tagen Termine bei Kliniken oder Ärzten), nehmen sie Verbesserungen in ihrem Leben seit Erhalt des Persönlichen Budgets wahr und beurteilen das Budget insgesamt positiv.

Zum einen fühlen sie sich sicherer, dass notwendige Unterstützung tatsächlich gewährleistet werden kann. Zum anderen, und dies scheint im Vordergrund der erlebten Veränderungen zu stehen, ist es für das Ehepaar sehr bedeutsam, sich den helfenden Familienangehörigen bzw. ihren Kindern gegenüber erkenntlich zu zeigen und sich dadurch aufgewertet zu fühlen.

„Man hat irgendwie eine andere Sicherheit“ (Frau Mutz)/ „man muss nicht mehr bitten und betteln“ (Herr Mutz)/ „du fühlst dich nicht total in die Ecke gestellt“ (Frau Mutz)/ „auch gegenüber der Familie, also die haben früher schon manchmal dumm geschaut, dass sie jetzt wieder weit fahren müssen, also die haben keine Zeit gehabt, aber jetzt wenn sie eine Erkenntlichkeit“ (Herr Mutz)/ „ein bisschen mehr Selbstbewusstsein, was man sonst verliert“ (Frau Mutz).

7.4.4 „Auf keinen Fall in die Werkstatt“ – Persönliches Budget für berufliche Bildung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

Lebenssituation und Hintergrund der Budgetbeantragung

Herr Zimmer ist 19 Jahre alt und lebt in der Wohnung seiner Eltern. Bereits während der Schulzeit in einer Schule für Geistigbehinderte steht für ihn fest, dass er nach dem Schulabschluss auf keinen Fall einer Beschäftigung in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM) nachgehen möchte. Noch als Schüler absolviert er ein Praktikum in einer Entsorgungsfirma, die ihn nach Schulabschluss übernehmen will, ihre Zusage jedoch aufgrund betrieblicher Veränderungen nicht einhalten kann. Herr Zimmer stellt sich bei anderen Firmen vor, es wird jedoch deutlich, dass er auch für ungelernte Tätigkeiten ohne Begleitung am Arbeitsplatz chancenlos bleibt. So verlässt er die Schule und ist zunächst ohne Beschäftigung. Seine Lehrer/innen versuchen lange Zeit, ihn zu motivieren, eine Tätigkeit in einer

WfbM aufzunehmen, vermitteln aber dennoch den Kontakt zu einer regionalen Beratungs- und Koordinierungsstelle für offene Hilfen.

Hier werden im Rahmen einer Zukunftsplanung gemeinsam mit Herrn Zimmer seine beruflichen Vorstellungen konkret formuliert: Er wünscht sich einen Unterstützer, der ihn bei der Suche nach Praktikumsplätzen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (z.B. Müllentsorgung, Forstwirtschaft) sowie während der Praktika begleitet und ihm berufsspezifische Kenntnisse vermittelt. Zudem möchte er seine beruflichen Chancen durch die Verbesserung seiner Les- und Schreibfähigkeiten sowie durch einen Motorsägeschein und Kraftfahrzeugführerschein erhöhen.

Erfahrungen im Bewilligungsverfahren

Mit Unterstützung der Beratungsstelle und seiner Schwester stellt Herr Zimmer für die geplante Leistung der beruflichen Bildung einen Antrag auf ein Persönliches Budget bei der Bundesagentur für Arbeit. Diese lehnt den Antrag zunächst ab mit der Begründung, Maßnahmeleistungen wie berufliche Bildung seien nicht budgetfähig. Erst nach einem Jahr „Kampf“ und nachdem die neuen Dienstanweisungen der Bundesagentur für Arbeit klarstellen, dass *alle* Leistungen zur Teilhabe in Form eines Persönlichen Budgets ausgeführt werden können (vgl. Kap. 1.3.2), wird das Verfahren nach einer erneuten Antragstellung wieder aufgenommen. In einem Zwischenbescheid wird grundsätzlich ein Persönliches Budget in Aussicht gestellt, sofern ein qualifizierter Dienst die begleitende Unterstützung übernehmen würde. Zudem müssten versicherungstechnische Fragen geklärt werden (u.a. Berufshaftpflicht- und Rentenversicherung).

Weil in der Region kein passendes Unterstützungsangebot verfügbar ist, schreibt die Beratungsstelle die gewünschte Leistung aus. Drei Dienstleister bewerben sich, darunter auch die im Sachleistungsbereich zuständige WfbM, deren Angebot vorsieht, dass Herr Zimmer die ersten vier Praktikumswochen sowie den begleitenden Unterricht innerhalb der WfbM absolviert. Herr Zimmer entscheidet sich für ein ambulantes, individuelles Lernkonzept einer regionalen Arbeitsassistenz, das seinen Vorstellungen entspricht.

Leistung	Teilbudget
Praktikumssuche, Job Coaching beim Praktikum, begleitende Bildung	1.200 €
Mobilitätspauschale	50 €
Aufwandspauschale (Arbeitskleidung, Essen, Budgetkontoführung usw.)	40 €
Ausbildungsgeld	57 €
Gesamt	1.347 €

Tabelle 56: Zusammensetzung des Persönlichen Budgets zur Teilhabe am Arbeitsleben, Herr Zimmer

Über zwei Jahre nach der ersten Antragstellung wird Herrn Zimmer schließlich ein Persönliches Budget von monatlich 1.347 Euro für maximal zwei Jahre bewilligt (vgl. Tabelle 56) und mit ihm eine Zielvereinbarung geschlossen. Demnach dient das Persönliche Budget der beruflichen Bildung in einem betrieblichen Rahmen (Praktika) zur Erhöhung der beruflichen Leistungsfähigkeit von Herrn Zimmer und soll für die Unterstützung durch die Arbeits-

assistenz eingesetzt werden (individuelles Angebot/Konzept des gewünschten Dienstleisters ist Teil der Zielvereinbarung). Als Verwendungsnachweise sind ein Praktikumsheft (da Herr Zimmer nicht schreiben kann, soll er seine Arbeit z.B. mittels Fotos und Piktogrammen darstellen) sowie Bildungsberichte der Arbeitsassistenz vorzulegen. Für die Aufwands- und Mobilitätspauschalen sind keine Nachweise zu erbringen.

Organisation der Unterstützung

Mit Unterstützung der Arbeitsassistenz gelingt es Herrn Zimmer, bereits kurz nach der Budgetbewilligung einen Praktikumsplatz für drei Monate bei der Entsorgungsfirma, bei der er schon als Schüler ein Praktikum absolviert hatte, zu bekommen. Hier arbeitet er 30 Stunden pro Woche, fester Bestandteil dieser Arbeitszeit sind die Leistungen der Arbeitsassistenz im Umfang von max. sechs Stunden wöchentlich. Grundlage bilden zum einen eine Praktikumsvereinbarung zwischen Herrn Zimmer, der Entsorgungsfirma und der Arbeitsassistenz sowie ein Leistungsvertrag zwischen Herrn Zimmer und der Arbeitsassistenz. In dem Leistungsvertrag sind spezifische Diagnostik-, Trainings- und Qualifizierungsmodule und konkrete Ziele vereinbart (z.B. Kenntniserwerb im Zahlenraum von 1 bis 10). Zudem wird Herr Zimmer über den Assistenzanbieter der Berufsgenossenschaft angemeldet und über die Berufshaftpflicht abgesichert. Die Krankenversicherung läuft über die Familienversicherung, auf eine Rentenversicherung wird zunächst verzichtet.

Da das Budget zum Zeitpunkt der Befragung gerade erst bewilligt bzw. das Praktikum noch nicht begonnen wurde, lassen sich Veränderungen im Leben bzw. eine Bewertung des persönlichen Budgets an dieser Stelle noch nicht darstellen.

7.4.5 „Die fanden das so überraschend, dass man darauf kommen kann“ – Mehr Orientierung mit einem Navigationsgerät

Lebenssituation und Hintergrund der Budgetbeantragung

Frau Heiting ist 34 Jahre alt und lebt alleine in einer Mietwohnung. Sie hat eine psychische Erkrankung und arbeitet in der Textilabteilung einer Werkstatt für behinderte Menschen.

Ihren vorrangigen Unterstützungsbedarf umschreibt sie selbst als „Software-Geschichten“, damit sind gemeint: Umgang mit ihrer Antriebslosigkeit, Steigerung ihres Selbstwertgefühls und Entwicklung einer optimistischen Einstellung. Die Antriebslosigkeit scheint sie in ihrer Alltagsbewältigung insgesamt stark einzuschränken, so benötige sie Hilfe im Haushalt (z.B. beim Aufräumen und beim Kochen), in der Freizeit, im Umgang mit Behörden, bei der gesundheitlichen Vorsorge (z.B. Arzttermine vereinbaren) und bei der Kontaktpflege zu anderen Menschen (aufgrund der psychischen Probleme habe sie sich „abgekapselt und zurückgezogen“).

Zudem habe sie Schwierigkeiten damit, sich in der Umgebung zu orientieren, wenn sie unterwegs sei. Diese Orientierungslosigkeit betreffe nicht nur fremde, sondern auch vertraute Umgebung und führe zu Stresssituationen:

„Wenn ich irgendwo unterwegs bin, auch an Stellen, wo ich mich ganz genau auskenne. Wenn da solche Black-outs kommen, dass ich die pure Panik kriege. Noch fünf Minuten davor wusste ich, wo ich bin, und jetzt weiß ich's nicht mehr und jedermann orientiert sich ganz

locker und ganz natürlich, nur ich steh' auf der Stelle wie ein Idiot und weiß nicht mehr wohin.“

Schließlich traut sie sich nicht mehr aus ihrer Stadt raus und erledigt auch innerhalb der Stadt Dinge nur noch „*bei äußerster Not*“.

Ihre psychische Erkrankung stößt bei den Eltern eher auf Unverständnis („*die denken, ich will ja nur nicht arbeiten*“). Eine Verwandte, mit der Frau Heiting zunächst sehr gut über ihre psychischen Probleme sprechen kann, wird selber schwer krank und steht als Ansprechperson nicht mehr zur Verfügung. Regelmäßige Unterstützung erhält sie durch einen sozialen Dienst.

Über das Persönliche Budget hört sie zuerst von einem Bekannten aus dem Werkstatttatrat, vergisst die Idee aber zunächst wieder. Durch ein Informationsblatt des Sozialhilfeträgers wird sie erneut auf das Budget aufmerksam und stellt einen Antrag.

„Weil ich die Idee gut fand. Dass man Menschen, die halt durch finanzielle Mittel schon so stark eingeschränkt sind und dann halt durch die Behinderung am Arbeitsmarkt so – praktisch aussortiert werden, die Möglichkeit gibt, obwohl man das Geld nicht hat, trotzdem am Leben der Gemeinschaft, oder wie man das nennt, teilzuhaben.“

Sie erwartet vom Persönlichen Budget, dass sie nicht „bevormundet“ und ihr Eigenständigkeit gewährt wird. Insgesamt möchte sie „*vom Abhängigkeitsgefühl wegkommen*“, das sie stark mit der Sozialhilfe verbindet und davon, „*dass alles begründet werden muss*“.

Erfahrungen im Bewilligungsverfahren

Das Verfahren rund um die Antragstellung beschreibt Frau Heiting als „*Katastrophe*“. „*Ich war da also komplett alleine gelassen*“. So sei z.B. beim Sozialamt niemand über das Persönliche Budget informiert gewesen.

„Da wusste erst mal keiner, die waren so was von platt (...), die haben sich die ganze Zeit entschuldigt, wir wissen das nicht, das kennt noch kein Mensch oder können wir ihnen nicht weiter helfen. (...) Da hab' ich mir gedacht, wenn das die Leute, die das wissen müssen, im Rathaus nicht wissen, bei wem soll ich mich, ich wollte das schon hinschmeißen.“

Nach weiteren vergeblichen Anläufen bei anderen Stellen („*ich bin da so rumgereicht worden, gehen Sie mal dahin und gehen Sie mal dahin*“), wendet sie sich schließlich an eine örtliche Beratungsstelle für Menschen mit Behinderung und erhält hier endlich die Unterstützung, die sie sich wünscht („*mehr sogar*“).

Das weitere Verwaltungsverfahren der Budgetbewilligung erlebt Frau Heiting als sehr anstrengend, dies gilt vor allem für die Hilfeplankonferenz.

„Da saßen lauter Leute, das waren mindestens 20 oder 25 Leute (...), das war Stress pur. Ich hab zwar so ein konzentriertes Gesicht gemacht, aber ich konnte mit den Leuten nichts anfangen, mit den Bezeichnungen nichts anfangen. (...) Und mir war es ziemlich peinlich, dass diese ganzen Leute mich anstarrten, und ich dachte, sie sind nur meinetwegen hier. Also wohl habe ich mich da nicht gefühlt.“

Gleichwohl kann sie ihre Wünsche und Vorstellungen in Bezug auf die Budgetgestaltung in das Verfahren einbringen. So trägt sie ihre Idee vor, sich mit dem Persönlichen Budget ein Navigationsgerät zu kaufen, um damit ihre Orientierungsprobleme zu bewältigen.

„Die fanden das so überraschend, dass man darauf kommen kann, für mich ist es das Natürlichste auf der Welt (...). Das mit dem Navigationsgerät ist teilweise auf Unverständnis gestoßen, auf ratlose Blicke und teilweise auf völlige Begeisterung, das man sich so was einfällen lässt. Und ich war die einzige, die wusste, dass man so ein Navigationsgerät für Fußgänger auch benutzen kann und nicht nur für Autos.“

Dieser Lösungsansatz hat für Frau Heiting zweierlei Hintergründe: Zum einen sei ein Navigationsgerät „rund um die Uhr“ einsetzbar und mache sie unabhängig von anderen Menschen.

„Dass wenn ich mich nicht vernünftig orientieren kann, dass da so, wenn es das technisch hergibt und halbwegs bezahlbar ist, dann würde ich das immer einem menschlichen Begleiter – sag’ ich mal – bevorzugen, weil so ein Gerät setzt mich nie unter Druck und ist nicht launisch und lächelt nett und denkt so ähh [abfällige Mimik]. Das hat mich an so ein Gerät gereizt.“

Zum anderen sieht sie es für sich als Entwicklungschance, *„endlich mal auf diese ganze Technik zuzugehen, und wenn ich dieses Navigationsgerät habe, dann muss ich das ja tun, ansonsten macht das ja gar keinen Sinn. Und dass ich damit anfangen, mich damit auseinanderzusetzen und dass ich mich vielleicht in näherer Zukunft mit einem Computer auseinandersetze und so Dinge, die einen belasten, und so Dinge, wo man denkt, man hinkt da ständig hinterher und aus der Welt, wenn man ein Handy nicht bedienen kann, und dieses sagen zu müssen, das ist demütigend.“*

Unterstützung für ihre Idee erhält sie durch die Projektmitarbeiter/innen der Modellregion. *„Die haben mich praktisch von vornherein ernst genommen und auch für voll genommen, und das hat den Ausschlag gegeben. Dann hatte ich auf einmal so viel Kraft und soviel Willen, (...) dass ich da wohl so überzeugend rüber gekommen bin, dass die gesagt haben, komm, das machen wir.“*

Schließlich wird Frau Heiting ein monatliches Budget von insgesamt 753 Euro für das Navigationsgerät und psychosoziale Unterstützung bewilligt.

Organisation der Unterstützung

Einen großen Teil ihres Persönlichen Budgets (523 Euro) setzt Frau Heiting für den sozialen Dienst ein, den sie bereits vorher als Sachleistung in Anspruch genommen hat (vgl. Tabelle 57). Diese qualifizierte Leistung (im Umfang von mindestens 2,5 Fachleistungsstunden pro Woche) wurde in der Zielvereinbarung festgeschrieben und auf Wunsch von Frau Heiting vom Leistungsträger direkt mit dem Dienstleister abgerechnet. Der restliche Betrag (230 Euro) wird zur freien Verwendung auf ihr Konto überwiesen. Zunächst will sie hiermit in der Freizeit Bekannte als Unterstützer einsetzen, *„das hat sich aber zerschlagen“*. Auf Empfehlung der Beratungsstelle wagt sie deshalb einen „Probetest“ mit einem professionellen Dienst, der auch Begleitung an Wochenenden anbietet. *„Das hat mir an diesem Verein dann gut gefallen, dass die relativ flexibel dann auf die Wünsche eingehen“*. Sie lässt sich von einer der Mitarbeiter/innen ins Kino begleiten; die Organisation der Aktivität gefällt ihr zwar, sie hat allerdings Schwierigkeiten mit der Person (*„da muss die Chemie auch stimmen“*). Die Begleiterin erscheint sehr nervös, was sich auch auf das Befinden von Frau Heiting negativ auswirkt (*„die Frau stresst mich“*). In diesem Zusammenhang charakterisiert Frau Heiting den Einkauf von Unterstützung in ihrem Fall insgesamt als *„irre Situation“*.

„Ich kaufe jemanden, sag ich mal salopp, der als Begleitung dient, da wo ich mich nicht alleine hintraue, da wo ich mir den Schubs nicht selber geben kann, da such' ich mir jemanden, der mal sagt: Jetzt komm mal, gehen wir mal das und das machen. Ist aber rein menschlich ziemlich kompliziert.“

Zudem spart Frau Heiting aus dem Budgetteil von 230 Euro einen Betrag an, um ein Navigationsgerät beschaffen zu können.

Unterstützungsbedarf	Leistungen	Organisation
Psychosoziale Unterstützung (Hilfen im Haushalt, beim Umgang mit Behörden usw.)	Persönliches Budget 754 Euro	Professioneller Dienst (Leistungsvertrag)
Begleitung bei (Freizeit-)Aktivitäten		Freunde, Bekannte, Bildungskurse
Hilfe zur Orientierung		mobiles Navigationsgerät

Tabelle 57: Übersicht über Unterstützungsbedarfe, Leistungen und Organisation der Hilfen Frau Heiting

Insgesamt setzt Frau Heiting bislang noch nicht viel von ihrem disponiblen Budget ein, auch weil sie sich in der jüngeren Vergangenheit viel um ihre erkrankten Eltern kümmern musste. Sie hat jedoch klare Vorstellungen für die Zukunft und möchte z.B. über das Budget verschiedene Bildungsangebote besuchen (Englisch-, Schwimm-, Computer- und Nähkurs).

Veränderungen im Leben und Bewertung des Budgets

Frau Heiting nimmt deutliche Veränderungen in ihrem Leben wahr, seit sie das Persönliche Budget erhält. Das „Gefühl“ habe sich insgesamt verbessert, die Selbstständigkeit, Eigenverantwortung und Einflussnahme im Zusammenhang mit dem Persönlichen Budget stärke ihr Selbstbewusstsein.

„Ich bin ein erwachsener Mensch und so möchte ich auch gesehen werden, und dass ich in diese Spalte ‚psychisch krank‘ oder wie auch immer einsortiert werde, bedeutet nicht, dass man mich nicht ernst zu nehmen braucht. (...) Und durch ein Persönliches Budget ist das auch eine konkrete Möglichkeit, das auch zu spüren. Und allein das Gefühl, dass sie jemanden praktisch einkaufen, dass nicht über sie bestimmt wird, dass da nicht irgendwelche dämlichen Anordnungen von oben kommen, wo sie nichts mit anfangen können, sondern wenn sie irgendwie was verbockt haben, dass wissen sie, dass das auf ihrem Mist gewachsen ist.“

Insgesamt bewertet Frau Heiting das Persönliche Budget positiv. *„Das ist durch und durch eine gute Sache.“* Bezüglich der konkreten Ausgestaltung sei es neben einer besseren Beratung und Unterstützung zu Beginn allerdings entscheidend, dass die eigenen Ideen der Budgetnehmer/innen auch zugelassen werden, *„dass halt Beamte das zerquatschen, zerreden, also die guten Ideen auseinanderklamüsern, dass sie nicht mehr die Kraft haben.“*

7.4.6 „Dann muss man das so machen, dass wir uns sicher fühlen“ – Unsicherheiten bei Menschen mit Lernschwierigkeiten

Lebenssituation und Hintergründe der Budgetbeantragung

Der 38-jährige Herr Ronzon ist körperbehindert, sitzt im Rollstuhl und bezeichnet sich selbst als „Mensch mit Lernschwierigkeiten“. Er lebt alleine in einer Privatwohnung und ist in einer Werkstatt für behinderte Menschen beschäftigt. Aufgrund seiner komplexen Behinderung und einer Diabeteserkrankung hat er einen Rund-um-die-Uhr-Assistenzbedarf. Neben der Eingliederungshilfe in der Werkstatt erhält er Leistungen der Grundsicherung und der Pflegeversicherung (Pflegestufe 3). Die erforderliche Pflege und Assistenz außerhalb der Werkstatt wird als Sachleistung über einen ambulanten Pflegedienst erbracht.

Herr Ronzon ist politisch aktiv, engagiert sich im Werkstatttrat und ist zunächst ehrenamtlich als Peer Counselor in einer Selbsthilfeorganisation tätig, wo er u.a. auch über das Persönliche Budget informiert und berät. Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich Herr Ronzon schon seit langer Zeit mit dem Persönlichen Budget und ist über seine persönliche Situation hinaus sehr daran interessiert.

Hintergrund für seinen eigenen Budgetantrag ist, dass er sich bei seinen Verpackungstätigkeiten im Produktionsbereich der WfbM schon seit langem unterfordert fühlt (*„ich wollte immer schon raus aus der Werkstatt“*). Die Selbsthilfeorganisation, für die er aktiv ist, bietet ihm eine Referententätigkeit an zwei Tagen in der Woche an. Um diese Tätigkeit ausüben zu können, benötigt Herr Ronzon Assistenz am Arbeitsplatz (Handreichungen, „coaching“ bei der Vorbereitung und Durchführung von Seminaren usw.), Assistenz/Pflege, Fahrten zum Arbeits- bzw. Seminarort und Begleitung, Unterkunft am Arbeitsort. Für diesen Bedarf stellt er – ergänzend zur Beschäftigung in der WfbM an drei Tagen als Sachleistung – einen Antrag auf ein Persönliches Budget beim Sozialhilfeträger.

Erfahrungen im Bewilligungsverfahren

Der gesamte Prozess von der Beantragung bis zur Bewilligung des Budgets läuft nach Aussage von Herrn Ronzon sehr schleppend: Der Sozialhilfeträger wird als wenig kooperativ wahrgenommen, das Budget sei schließlich nur deshalb überhaupt zustande gekommen, weil sich der Projektkoordinator in der Modellregion, der Werkstattträger und der örtliche Sozialhilfeträger stark engagiert haben und Herr Ronzon selbst *„Druck ausgeübt“* habe.

Um den Unterstützungsbedarf im Rahmen seiner Referententätigkeit an zwei Tagen über ein Persönliches Budget, inklusive der Verwaltung des Budgets, decken zu können, benötigt Herr Ronzon nach eigener Aufstellung 1.413 Euro. Die erforderliche Summe setzt sich wie folgt zusammen (vgl. Tabelle 58):

- Der Sozialhilfeträger bewilligt 653 Euro auf Grundlage des Tagessatzes der derzeit besuchten WfbM als Persönliches Budget, die Fahrtkosten in Höhe von 183 Euro werden ebenfalls im Rahmen der Fahrtkostenabrechnung der Werkstatt übernommen. Gegen seinen ausdrücklichen Wunsch erhält Herr Ronzon das Geld nicht direkt vom Sozialhilfeträger, sondern von der Werkstatt als Teil ihrer Leistungsvergütung (*„der Träger hat dazu die Werkstatt verdonnert“*). So steht in dem Bewilligungsbescheid die Formulierung: „Die Zahlungsmodalitäten sowie den Ihnen durch die Werkstatt X zur Verfügung gestellten Betrag (...) regeln Sie bitte mit einem Beauftragten der Werkstatt X.“ Dass die Werkstatt dabei 20 % ihres Tagessatzes für sog. „Regie-

kosten“ vom seinem Budget abzieht, empfindet Herr Ronzon als nicht gerechtfertigt („wie viel mein Chef kostet und die Stromkosten, das ist mir piepegal“).

- Die Selbsthilfeorganisation zahlt Herrn Ronzon 400 Euro, die für Arbeitsassistenten eingesetzt werden.
- Den verbleibenden Restbetrag von 177 Euro ergänzt der örtliche Sozialhilfeträger als Hilfe zur Pflege.

Organisation der Unterstützung

Da es sich bei der Referententätigkeit um ein nicht sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis handelt, behält Herr Ronzon zunächst bei der Werkstatt seinen Status als vollbeschäftigter Mitarbeiter und erhält auch seinen vollen Werkstattlohn (Finanzierung wird über EU-Projektmittel gesichert). Die Werkstatt schließt mit der Selbsthilfeorganisation einen Vertrag über eine Art „Außenarbeitsplatz“.

Die budgetfinanzierte Assistenz im Zusammenhang mit der Referententätigkeit organisiert Herr Ronzon über denselben Pflegedienst, der auch die Leistungen bislang außerhalb der Werkstattzeiten erbracht hat. Ausschlaggebend für diese Entscheidung sei zum einen, dass er sehr zufrieden mit dem Dienst sei, und zum anderen, dass dieser auch bereit gewesen sei, den bisherigen Preis so abzusenken, dass das Budget ausreiche („sonst gehe ich zur Konkurrenz“). Für die Verwaltung des Budgets hat Herr Ronzon einen Selbsthilfeverein beauftragt und zahlt hierfür 20 Euro im Monat.

Unterstützungsbedarf	Leistungen	Organisation
Tägliche Versorgung, Pflege	Pflegekasse (Stufe 3), Sachleistung	Pflegedienst
Teilhabe am Arbeitsleben	3 Tage WfbM (Sachleistung)	WfbM
2 Tage Assistenz, Pflege am Arbeitsplatz (Referententätigkeit)	Persönliches Budget: 1.013 Euro (+ Arbeitgeber: 400 Euro)	Pflegedienst
Fahrten zum Arbeitsplatz		Zugfahrten
Budgetverwaltung		Selbsthilfeverein

Tabelle 58: Übersicht über Unterstützungsbedarfe, Leistungen und Organisation der Unterstützung von Herrn Ronzon

Veränderungen im Leben und Bewertung des Budgets

Herr Ronzon bewertet das Persönliche Budget für sich insgesamt insofern positiv, als dadurch seine Referententätigkeit überhaupt nur ermöglicht werden konnte („ein Traum, der für mich in Erfüllung ging“). Als vorteilhaft empfindet er auch, dass er einen Überblick über geleistete bzw. nicht geleistete Zahlungen des Leistungsträgers hat („ich merke sofort, dass das Geld nicht kommt“). Dies sei für ihn deshalb wichtig, weil es im Sachleistungsbezug gelegentlich vorgekommen sei, dass der Pflegedienst das Geld über einen bestimmten Zeitraum nicht erhalten und er dies eher zufällig erfahren habe, was ihm sehr unangenehm war.

Trotz der positiven beruflichen Veränderungen, die durch das Budget möglich wurden, spricht Herr Ronzon immer wieder Nachteile der Leistungsform an, die auch seine Gesamtbewertung nur bedingt positiv ausfallen lassen. Dies bezieht sich zum einen auf seine schlechten Erfahrungen im Gesamtverfahren mit dem Leistungsträger, das er nur deshalb durchgestanden habe, weil er von vielen Seiten Unterstützung erhalten habe bzw. auch aufgrund seiner politischen Tätigkeit über ein gutes soziales Netzwerk verfüge. *„Nicht jeder hat das Glück, dass sie liebe Menschen haben, die sie unterstützen.“*

Insgesamt empfinde er große Unsicherheit mit dem Persönlichen Budget, er habe Angst vor der Verantwortung, vor Leistungskürzungen und davor, dass das Geld nicht kommt, dass es nicht ausreicht oder dass die Pflege nicht sichergestellt ist.

„Du bist selbstbestimmt, aber deine Pflege ist am Wackeln. (...) Das macht das Persönliche Budget so schwierig, dass das so unsicher ist, komm ich mit dem Geld aus? Man hat viel Freiheit, aber auch viele Risiken.“

Diese Unsicherheit sieht er vor allem für sich als Mensch mit Lernschwierigkeiten. *„Man muss das begreifen können (...), man muss genau wissen, was man tut.“*

Insgesamt kommt er deshalb zu der Einschätzung, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten das Persönliche Budget wenig in Anspruch nehmen, weil dieses zu unsicher sei. Um das Persönliche Budget für diesen Personenkreis attraktiver zu machen, bräuchte es eine verlässliche und individuelle Unterstützung im gesamten Prozess.

„Dann muss man das so machen, dass wir uns sicher fühlen. Wenn die Angst haben, dann kommt man auch nicht durch. (...) Diese ganzen Paragraphen und Bestimmungen – die wollen was, was die sich vorstellen können.“

7.5 Fazit

Was die Wirkungen des Persönlichen Budgets auf die Lebensführung von Menschen mit Behinderung und die Gesamtbewertung des Persönlichen Budgets betrifft, zeichnen die Ergebnisse der Befragung der Budgetnehmer/innen ein relativ einheitliches, sehr positives Bild, das zunächst folgendes schlichtes Fazit erlaubt: Das Persönliche Budget wirkt.

Die Auswertung der Nutzerperspektive zeigt, dass das Persönliche Budget zu insgesamt positiven, zum Teil beeindruckenden Veränderungen im Leben der Budgetnehmer/innen in Richtung Selbstbestimmung und Teilhabe führt. Eine zentrale Rolle spielen hierbei die individuell passenden Hilfen, die zeitlich und sozial flexibel gewählt und organisiert werden. Den Budgetnehmer/innen gelingt es in den selbst gewählten Unterstützungssettings, selbstständiger und nach eigenen Vorstellungen agieren zu können: in der eigenen Wohnung zu leben, selbst gewählte Freizeitaktivitäten zu erleben, soziale Kontakte zu pflegen, persönliche Ziele umzusetzen.

Neben diesen unmittelbaren („sichtbaren“) Wirkungen auf die Gestaltung des alltäglichen Lebens entfaltet die Leistungsform des Persönlichen Budgets deutliche positive (Neben-)Wirkungen, die eher das subjektive Empfinden der Budgetnehmer/innen betreffen und auf persönliche Empowermentprozesse hinweisen: Wohlbefinden und Sicherheit sowie Selbstbewusstsein und (wiedergewonnene) Kontrolle über das eigene Leben.

Diese Ergebnisse stimmen in weiten Teilen mit den nutzerbezogenen Ergebnissen zum Persönlichen Budget in europäischen Nachbarländern (vgl. WACKER, WANSING, SCHÄFERS 2005,

43ff.) und in vorangegangenen Modellversuchen in Deutschland (vgl. MASFG 2004; KASTL, METZLER 2005) überein. Besondere Aussagekraft ist den Einschätzungen und Bewertungen der Budgetnehmer/innen der hier ausgewerteten Modellversuche sowohl aufgrund der Anzahl als auch im Hinblick auf die abgebildete Heterogenität des Personenkreises zuzumessen.

Auf dieser Datenbasis lässt sich schlussfolgern, dass das Persönliche Budget seine positiven Wirkungen für Menschen mit Behinderung unabhängig vom Alter, vom Geschlecht und von Art und Umfang des Unterstützungsbedarfes entfalten kann.

Im Hinblick auf die Gesamtbewertung fällt zudem auf, dass dabei die konkrete Ausgestaltung des Persönlichen Budgets keinen wesentlichen Einfluss zu haben scheint. Trotz der unterschiedlichen regionalen Voraussetzungen der Leistungserbringung bzw. der verschiedenen Vorgehensweisen in den zentralen Verfahrensschritten der Bedarfsfeststellung, Budgetbemessung und Zielvereinbarung (vgl. Kap. 4) in den verschiedenen Modellregionen kommen fast alle Budgetnehmer/innen zu einer positiven Beurteilung des Persönlichen Budgets. Dies betrifft überraschenderweise auch die meisten jener Budgetnehmer/innen, die von (teilweisen) Verschlechterungen im Leben seit Erhalt des Persönlichen Budgets berichten.

Trotz dieser insgesamt positiven Wirkungen und Bewertungen des Persönlichen Budgets aus Nutzersicht darf die Tatsache, dass jeder zweite Budgetnehmer/in auch kritische Aspekte anspricht, nicht unberücksichtigt bleiben. Auch weil die vorliegende Datenbasis keine Informationen darüber liefert, ob bzw. welche Vorbehalte, Schwellen und Hemmnisse interessierte Menschen mit Behinderung bereits im Vorfeld daran hindern, einen Antrag auf ein Persönliches Budget zu stellen, sollten die von den Budgetnehmer/innen geäußerten Kritikpunkte zur Identifizierung von Schwachstellen und Verbesserungspotentialen des Budgetmodells genutzt werden. Ernst zu nehmen sind insbesondere die sehr häufigen Aussagen bezüglich der Belastung im Zusammenhang mit der Budgetverwaltung, welche die Notwendigkeit entsprechender Unterstützungsstrukturen untermauern (vgl. Kap. 5). Zudem geben die vielen kritischen Äußerungen der Budgetnehmer/innen zu den Verwaltungsverfahren, auch im Hinblick auf die Zweckbindung der Budgets, deutliche Hinweise auf diesbezüglichen Entwicklungsbedarf (vgl. Kap. 4.6).

8 Modellprojekte „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“: Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Das Persönliche Budget ordnet sich ein in eine Reihe sozialpolitischer Strategien, die eine generelle Umsteuerung des Rehabilitationssystems intendieren. Akzentuiert werden dabei die Begriffe der Teilhabe und Selbstbestimmung, die mit dem Neunten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) erstmals in sozialrechtlichen Bestimmungen aufgegriffen wurden. Beide Leitperspektiven setzen voraus, die bisherige institutionelle Prägung der Unterstützungssysteme zu überwinden und der individuellen Lebensführung größere Chancen einzuräumen.

Eine Beurteilung der Rahmenbedingungen, unter denen Persönliche Budgets eingeführt bzw. im Kontext dieses Berichts modellhaft erprobt werden, muss sich von diesen übergeordneten Zielperspektiven leiten lassen. Dabei kann die Frage nicht alleine lauten, ob Persönliche Budgets die Selbstbestimmung, individuelle Lebensführung und Teilhabe behinderter Menschen unterstützen (Wirkungsaspekte), sondern ein Bewertungskriterium ist auch, inwieweit diese Intentionen bereits im Zugang zu dieser Leistungsform, in Verwaltungsverfahren und der Handhabung rechtlicher Anforderungen berücksichtigt werden (Prozessaspekte).

Dass das Persönliche Budget durchaus die erwünschten Wirkungen entfaltet, wird in Kapitel 7 dieses Berichts deutlich. Ein überaus hohes Maß an Zufriedenheit mit dem Persönlichen Budget, facettenreiche Schilderungen positiver Veränderungen in der persönlichen Lebensführung sowie größere Chancen sozialer Teilhabe sind die herausragenden Ergebnisse der Budgetnehmerbefragung. Allerdings ist zu konstatieren, dass diese Wirkungen nicht unabhängig von den jeweiligen Rahmenbedingungen eintreten bzw. dass – auch wenn in der „Summe“ Zufriedenheit berichtet wird – vielfältige Hinweise auf Regelungen zu finden sind, die den grundlegenden Intentionen insbesondere der Selbstbestimmung widersprechen oder diese zumindest einschränken. Diesen Bericht mit dem Hinweis auf die offensichtlich positive Wirkung Persönlicher Budgets zu beenden, wäre daher unzureichend. Vielmehr sollen die an Modellversuche geknüpften Chancen genutzt werden, Schwachstellen und (weitere) Verbesserungspotentiale aufzudecken und dazu Lösungsvorschläge zu erarbeiten.

Im Folgenden werden daher die Erfahrungen, die im Verlauf des Modellvorhabens gesammelt werden konnten, sowie die erzielten Ergebnisse unter diesem Gesichtspunkt noch einmal thematisiert. Fokus der Betrachtung sind dabei insbesondere die Fragen nach

- dem Zugang zum Persönlichen Budget,
- den budgetgeeigneten Leistungen und der trägerübergreifenden Kooperation sowie
- den Verwaltungsverfahren, vor allem im Hinblick auf Bedarfsfeststellung, Budgetbemessung und der Gestaltung von Zielvereinbarungen.

8.1 Zugang zum Persönlichen Budget

Im Unterschied zu vorangegangenen Modellprojekten in Deutschland definierten die an diesem Modellvorhaben beteiligten Regionen keine Ein- bzw. Ausschlusskriterien für den Zugang zum Persönlichen Budget. Zwar wurden verschiedene Kriterien diskutiert, wie z.B. den Personenkreis auf erwachsene Menschen mit Behinderung zu begrenzen; im weiteren Verlauf, insbesondere aber in der praktischen Umsetzung wurden solche Überlegungen jedoch aufgegeben. Eine Antragstellung war danach möglich für alle Menschen mit Behinderung, unabhängig von ihrem Lebensalter sowie der Art und/oder Schwere der Behinderung.

Ergebnis dieses offenen Ansatzes – der den geltenden gesetzlichen Regelungen entspricht – ist zunächst, dass das Persönliche Budget in den Modellregionen von Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen und Lebenssituationen bzw. von Personen mit verschiedenen Unterstützungsbedarfen genutzt wird: Das Geschlechterverhältnis der Budgetnehmer/innen ist relativ ausgeglichen bzw. entspricht der in der amtlichen Schwerbehindertenstatistik abgebildeten Geschlechterrelation. Es sind Menschen aller Altersgruppen vertreten und damit sowohl Menschen, die in familiärer Betreuung leben, als auch Menschen in eigenständigen bzw. betreuten Wohnformen. Nach Art der Behinderung differenziert bilden Menschen mit psychischer Erkrankung die größte Gruppe der Budgetnehmer/innen, gefolgt von Menschen mit geistiger Behinderung und Körperbehinderung. Das Persönliche Budget wird nicht nur von Menschen mit vergleichsweise geringem Unterstützungsbedarf genutzt: Etwa ein Drittel der Budgetnehmer/innen gilt als „mehrfachbehindert“; einen Pflegebedarf im Sinne des SGB XI hat etwa jede/r Vierte der Budgetnutzer/innen.

Dieser offene Ansatz im Hinblick auf die Adressatengruppe hat sich insgesamt bewährt: Die Erfahrungen der Modellerprobung bieten keinen Ansatzpunkt dafür, von den bestehenden gesetzlichen Regelungen abzuweichen bzw. diese einzuschränken. Auch die Tatsache, dass im Erprobungszeitraum verschiedene Budgets wieder beendet wurden, liefert keine Hinweise dafür, bestimmte Personenkreise von einer Budgetnutzung auszuschließen. Mehrheitlich trug die Zielerreichung bzw. der Wegfall eines Teilhabebedarfs zur Beendigung von Persönlichen Budgets bei; aus den ausgesprochen wenigen Fällen, in denen Konflikte in Fragen der zweckentsprechenden Budgetnutzung auftraten, lassen sich keine Kriterien für Ein- bzw. Ausschlusskriterien ableiten.

Das Persönliche Budget kann – dies zeigen die Erfahrungen – seine intendierten Wirkungen in heterogenen Lebenslagen entfalten; eine Einschätzung dazu ist nur im Rahmen einer sehr individuellen Betrachtung möglich. Vorrang haben muss beim Zugang zum Persönlichen Budget die individuelle Entscheidung des/der Leistungsberechtigten; Leistungsträger können und müssen diese Entscheidung durch Beratung unterstützen. Sichergestellt werden muss darüber hinaus das Recht, jederzeit wieder zur vorherigen Leistungsform (Sachleistung) zurückkehren zu können. Hier erweist sich die Regelung zur „Kündigung mit sofortiger Wirkung“ (§ 4 Abs. 2 BudgetV) als sinnvoll, welche die in § 17 Abs. 2 SGB IX genannte Bindungsfrist von sechs Monaten faktisch verkürzt, da gerade die Anfangsphase der Budgetnutzung von Unsicherheiten belastet sein kann.

Information und Beratung

Um den offenen Zugang zum Persönlichen Budget zu unterstützen, war insbesondere die Einstiegsphase der Modellerprobung durch intensive Information und spezifische Beratungsangebote geprägt. Die Modellregionen entwickelten Informationsmaterialien, führten eine

Reihe von Informationsveranstaltungen durch und schrieben zum Teil die Leistungsberechtigten an, die bereits (Sach-)Leistungen erhielten, um auf die neue Leistungsform aufmerksam zu machen. Die Informationsunterlagen wurden – überwiegend in Kooperation mit Selbstvertretungsorganisationen (Menschen mit Behinderung, Angehörige), teilweise auch mit Leistungserbringern – kontinuierlich weiterentwickelt, wobei insbesondere das Anliegen der Barrierefreiheit (z.B. „leichte Sprache“) verfolgt wurde. Darüber hinaus standen in allen Regionen zentrale Ansprechpartner zur Verfügung.

Diese Strategien erwiesen sich insofern als notwendig und wirksam, als so auf die neue Leistungsform „Persönliches Budget“ allgemein aufmerksam gemacht werden konnte. Eher geringere Wirkung entfalteten sie jedoch hinsichtlich der konkreten Gewinnung von Projektteilnehmer/innen. Um Menschen mit Behinderung zu motivieren, ein Persönliches Budget zu beantragen, erwies sich vielmehr die spezifische, persönliche Beratung der Leistungsberechtigten als unabdingbar. Die Leistungsträger in den Modellregionen gingen daher dazu über, bei allen Neuansträgen auf Leistungen zur Teilhabe bzw. bei allen Beratungsgesprächen im Verlauf des Leistungsbezugs auch über die Möglichkeiten eines Persönlichen Budgets zu informieren.

Eine solche „Doppelstrategie“ ist auch nach Abschluss der Modellphase für die weitere Einführung des Persönlichen Budgets zu empfehlen: Allgemeine Information und einzelfallspezifische Beratung sollten sich gegenseitig ergänzen. Darüber hinaus hat es sich als förderlich erwiesen, einen zentralen Ansprechpartner für Anliegen im Zusammenhang mit dem Persönlichen Budget zu benennen. Eine solche Anlaufstelle kann zumindest für die Einführungsphase sinnvoll sein, ersetzt jedoch nicht einen ausreichenden Kenntnisstand bei allen relevanten Abteilungen und Sachgebieten eines Leistungsträgers, der gleichzeitig sichergestellt werden muss. Bedauerlicher Weise ist es auch in den Modellregionen nicht gelungen, die gemeinsamen Servicestellen aktiv in die Umsetzung Persönlicher Budgets einzubeziehen. Gerade für die Funktion des trägerübergreifenden Ansprechpartners und der allgemeinen Beratung im Vorfeld einer Budgetbeantragung könnten diese Stellen – eine entsprechende Infrastruktur vorausgesetzt – eine bedeutsame Rolle übernehmen.

Um eine Budgetnutzung unabhängig von Art und Schwere der Behinderung zu ermöglichen, ist eine Auseinandersetzung mit dem Begriff der Selbstbestimmung unabdingbar. Dieser darf nicht im Sinne einer umfassenden Selbstständigkeit bzw. funktionaler Fähigkeiten z.B. der Budgetverwaltung interpretiert werden. Vielmehr ist zu berücksichtigen, dass auch das soziale Umfeld eines Menschen mit Behinderung oder gesetzliche Betreuer/innen diese Funktionen übernehmen können. Selbstbestimmung drückt sich dann in den individuellen Wünschen aus, an welchen gesellschaftlichen Bereichen ein Mensch mit Behinderung in welcher Weise teilhaben will. Entscheidend ist dabei alleine das Kriterium, ob durch ein Persönliches Budget eine individuellere, flexiblere und/oder weniger institutionsgeprägte Teilhabe erreicht werden kann. Unter diesem Gesichtspunkt erscheint es erforderlich, Information und Beratung nicht nur an die Leistungsberechtigten zu richten, sondern auch das jeweilige soziale Netzwerk (Angehörige, Freunde, gesetzliche Betreuer/innen, Leistungsanbieter) mit einzubeziehen.

Unterstützung im Umgang mit dem Persönlichen Budget

Bei einer Entscheidung für ein Persönliches Budget stellt sich in vielen Fällen ein weitergehender Bedarf an Beratung und Unterstützung. Diesen zu decken, stellt eine weitere bedeutsame Voraussetzung für einen offenen Zugang zum Persönlichen Budget dar. Im Rahmen

der Modellerprobung benötigten nach Auskunft der Leistungsträger 45 % der Budgetnehmer/innen Unterstützung bei der Verwaltung und Verwendung ihres Budgets; dies betrifft vor allem Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung. Nach Selbstauskunft im Rahmen der Budgetnehmer/innenbefragung sind es sogar zwei Drittel, die auf entsprechende Unterstützung zurückgreifen.

Diese Unterstützung wird mehrheitlich von gesetzlichen Betreuer/innen und Familienangehörigen geleistet, einige der befragten Budgetnehmer/innen mit entsprechendem Bedarf nutzen Leistungen von sozialen Diensten/Einrichtungen oder spezifischen Beratungsstellen.

Beratung und Unterstützung im Kontext der Budgetnutzung setzen ein ausgeprägtes Vertrauensverhältnis zwischen Budgetnehmer/in und begleitender Person/Stelle voraus, da es gilt, individuelle Wünsche und Bedürfnisse aufzugreifen, die zum Teil nur indirekt erschlossen werden können. Daher ist eine entsprechende Unterstützung im lebensweltlichen Kontext sinnvoll angesiedelt. Ihre Grenzen findet diese Begleitung zum einen in Situationen, in denen (erkennbar) die Selbstbestimmung der Budgetnehmer/innen keine oder nur noch begrenzte Achtung erfährt; zum anderen kann eine solche Unterstützung gerade bei Menschen, die bereits langjährig in Einrichtungen betreut werden, vielfach nicht (re-)aktiviert werden. Der Ansatz der begleiteten Budgetnutzung durch soziale Netzwerke ist daher zu ergänzen durch Möglichkeiten der Unterstützung durch Beratungsdienste, die in erster Linie von Selbsthilfeorganisationen zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinaus sind Lebenssituationen zu berücksichtigen, in denen das erforderliche Vertrauensverhältnis zu Mitarbeiter/innen sozialer Dienste und Einrichtungen besteht.

Bei Bedarf ist die Finanzierung einer weitergehenden Unterstützung sicherzustellen. § 17 Abs. 3 SGB IX sieht dazu vor, dass die erforderliche Beratung und Unterstützung als Bestandteil des individuellen Bedarfs Berücksichtigung findet. Dass eine budgetbezogene Unterstützung einzelfallabhängig vonnöten ist, ist vom Grundsatz her nicht strittig und wird durch die Erfahrungen in der Modellphase bestätigt. Schwierigkeiten der Finanzierung ergeben sich jedoch vielfach aus den weiteren Regelungen des § 17 Abs. 3 SGB IX, nach denen „die Höhe des Persönlichen Budgets die Kosten aller bisher festgestellten, ohne das Persönliche Budget zu erbringenden Leistungen nicht überschreiten (soll)“. Diese – auch als „Deckelung“ bezeichnete – Regelung führt dann zu Schwierigkeiten, wenn der unmittelbare Teilhabebedarf von Leistungsberechtigten bereits den finanziellen Rahmen ausschöpft, so dass für weitere begleitende Beratungs- und Unterstützungsleistungen kein Spielraum mehr verbleibt. Wenn es daher gelingen soll, gerade auch Menschen mit komplexen Unterstützungsbedarfen den Zugang zum Persönlichen Budget zu ermöglichen, wird eine an der „Soll“-Formulierung orientierte Auslegung dieser Bestimmung unverzichtbar sein.

8.2 Budgetgeeignete Leistungen und trägerübergreifende Kooperation

Die Leistungsform Persönliches Budget erstreckt sich nach den geltenden gesetzlichen Regelungen auf alle Leistungen zur Teilhabe, wie sie im SGB IX definiert werden. Darüber hinaus können weitere Leistungen einbezogen werden, die sich „auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe beziehen und als Geldleistung oder durch Gutscheine erbracht werden können“ (§ 17 Abs. 2 SGB IX). Leistungsrechtlich betrachtet sind diese ergänzenden Leistungen im SGB XI (Pflegeversicherung), SGB V (Krankenversicherung), SGB VII (Leistungen der Unfallversicherung bei Pflegebedürftigkeit) sowie SGB XII (Leistungen der Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe) verankert.

In der Praxis wird dieses breite Spektrum an Leistungen nicht annähernd ausgeschöpft. Auch das hier in seinen Ergebnissen präsentierte Modellvorhaben konzentriert sich wie vorangegangene Modellversuche bei der Budgetgestaltung auf Leistungen der Eingliederungshilfe in der Zuständigkeit der Sozialhilfeträger (SGB XII): Etwa 90 % aller im Projektzeitraum (innerhalb und außerhalb der Modellregionen) dokumentierten Persönlichen Budgets beinhalten ausschließlich solche Leistungen. Darüber hinaus wurden einige Budgets von der Bundesagentur für Arbeit (n=22) sowie von Integrationsämtern bewilligt (n=18), weitere Leistungsträger sind nur in wenigen Ausnahmefällen beteiligt. Trägerübergreifende Budgetgestaltungen konnten in insgesamt nur 5 % der bewilligten Budgets realisiert werden. Gemessen an den zu Beginn der Modellerprobung formulierten Erwartungen sind diese Ergebnisse insgesamt ernüchternd. Allerdings wäre es verfehlt, sich deshalb von den Intentionen einer alle Leistungen umfassenden Budgetgestaltung und der trägerübergreifenden Kooperation, die sich in den gesetzlichen Bestimmungen ausdrücken, zu verabschieden. Im Verlauf der Modellerprobung wurden vielmehr unterschiedliche Hürden und „Stolpersteine“ deutlich, die – auch das zeigen die Ergebnisse – zumindest längerfristig überwunden werden können. Dazu sollen die verschiedenen Leistungsbereiche noch einmal detaillierter betrachtet werden.

Ambulante Eingliederungshilfe

Im Kontext des SGB XII dominieren bei der Budgetgestaltung Leistungen der „ambulanten Eingliederungshilfe im häuslichen Bereich“ und „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“. Interpretieren lässt sich dies dahingehend, dass vor allem die Sachleistung „ambulant betreutes Wohnen“ in ein Persönliches Budget „umgewandelt“ wird. Die Erfahrungen früherer Modellprojekte einbeziehend bestätigt sich, dass gerade das „ambulant betreute Wohnen (ABW)“ einen wesentlichen Ansatzpunkt für die Umsetzung Persönlicher Budgets bietet. Ergänzt werden kann und muss dieser Hinweis durch die Praxis einzelner Modellregionen, mit dem Persönlichen Budget diese Leistungsform weiter zu flexibilisieren. So wird z.B. die Sachleistung „ABW“ durch ein Persönliches Budget ergänzt, um eine (Wieder-)Aufnahme in eine stationäre Einrichtung zu verhindern oder den Übergang von stationärer Betreuung in eine eigenständige Wohnform zu unterstützen. Ebenso lässt sich ein schrittweiser Übergang in eine völlig selbstständige und eigenverantwortliche Budgetnutzung beobachten, bei dem zunächst Teile der entsprechenden Sachleistung als Budget bewilligt werden, während andere Teile weiterhin nach den Prinzipien der Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen (§§ 75f. SGB XII) erbracht werden.

Ein (kleiner) Teil der bewilligten Budgets umfasst Leistungen, die vom Unterstützungsumfang gewissermaßen auf einer „Vorstufe“ des ambulant betreuten Wohnens angesiedelt sind. Hier handelt es sich um Persönliche Budgets, die überwiegend die Unterstützung von Menschen mit Behinderung in ihrem sozialen Netzwerk längerfristig sichern sollen. Mit in der Regel finanziell sehr begrenzten Budgetausstattungen intendieren (und bewirken) diese Budgets die Entlastung privater Unterstützungssettings.

Flexibilisierungsgewinne werden weiter in Einzelfällen dadurch erreicht, dass über die im SGB IX definierten budgetfähigen Leistungen hinaus weitere Leistungen des SGB XII in Budgets einbezogen werden. Dazu zählen insbesondere Hilfen zum Lebensunterhalt als Sicherung der hauswirtschaftlichen Versorgung (§ 27 Abs. 3 SGB XII), Hilfe bei Krankheit in Form von Behandlungspflege (§ 48 SGB XII) und Hilfe zur Weiterführung des Haushalts (§ 70 SGB XII). Die Einbeziehung solcher – stets ergänzender – Leistungen erweist sich im Einzelfall als durchaus sinnvoll. Fraglich ist, ob dazu die Regelungen des § 17 Abs. 2 SGB IX

erweitert werden sollten oder ob nicht die im SGB XII verankerte Möglichkeit der Geldleistung ausreichende gesetzliche Grundlagen bietet.

Stationäre Wohneinrichtungen

Lediglich 14 % der Budgetnehmer/innen bezogen vor dem Budget Leistungen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe. Die oben erwähnten Flexibilisierungspotentiale im Rahmen ambulanter Unterstützung reichen daher offenkundig nicht aus, um Persönliche Budgets in größerem Umfang als Alternative auch zu stationärer Betreuung zu etablieren. Hierzu trägt vor allem bei, dass die für die Bemessung Persönlicher Budgets geltenden Regelungen relativ restriktiv interpretiert werden. Bei einer Beendigung stationärer Betreuung werden in der Regel die Kosten der ambulanten Dienstleistungen (als „ohne das Budget zu bewilligende Leistungen“), nicht jedoch die stationären Vergütungssätze zugrunde gelegt. Damit kann in vielen Fällen eine Bedarfsdeckung nicht erreicht werden. Weitere Hürden ergeben sich, wenn für stationäre und ambulante Leistungen unterschiedliche (z.B. der örtliche und der überörtliche) Sozialhilfeträger zuständig sind. In der Abschlussphase der Modellerprobung konnten in der Modellregion Schleswig-Holstein einzelne Budgets bewilligt werden, die in ihrem finanziellen Umfang vollständig der bisherigen stationären Vergütung entsprechen. Diese Budgets werden von Menschen mit Behinderung genutzt, um zunächst in ihrem bisherigen Lebenskontext (Heim) weiter betreut zu werden und längerfristig den Übergang in eine selbstständigere Wohnform zu bewältigen. Mit den Trägern der stationären Einrichtung werden dazu (privatrechtliche) Leistungsverträge geschlossen; ein Betrag von 10 % der zur Verfügung stehenden Budgetsumme wird als Budget im engeren Sinne verwendet (Betrag zur eigenständigen Verwendung), 90 % der Budgetsumme stehen für die Leistungen der Einrichtung zur Verfügung, die entsprechend reduziert im Leistungsvertrag aufgeführt sind. Solche Regelungen könnten zumindest für eine Übergangsphase weitere Impulse für eine Budgetnutzung im stationären Kontext oder als Alternative dazu geben.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Weitgehend ausgeblendet aus der Gestaltung Persönlicher Budgets bleiben bislang im Rahmen des SGB XII Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Zwar sind bei einzelnen Budgetnehmer/innen solche Leistungen als Bestandteil des Budgets aufgeführt; sie werden aber weit überwiegend dazu genutzt, die bisherigen Leistungen in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) unverändert weiter zu finanzieren. Das Persönliche Budget stellt damit einen „Durchlaufposten“ dar, dessen Vorteil hinsichtlich der Gewinnung von Gestaltungsspielräumen vor allem aus Sicht der Budgetnehmer/innen und ihrer gesetzlichen Betreuung eher fraglich bleibt. Die Nachfrage nach Budgetleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben lässt sich bislang nicht gesichert einschätzen; bekannt werden eher einzelfallbezogene Nachfragen, die sich jedoch kaum verallgemeinern lassen. Dazu zählen z.B. Wünsche nach reduzierter WfbM-Beschäftigung, um ergänzend alternativen Tätigkeiten nachzugehen, oder Beschäftigungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, die allerdings kein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis begründen, sondern eher einer weiterhin unterstützten Beschäftigung entsprechen etc. Auch in diesen Einzelfällen konnten in den Modellregionen bislang keine Budgetlösungen gefunden werden; als wesentliche Hürde erweist sich vor allem die Frage des sozialversicherungsrechtlichen Status der intendierten Beschäftigungsverhältnisse. WELTI und RUMMEL (2007, 71) schlagen in ihrer Expertise zur Lösung dieser Frage vor, „die Sozialversicherungspflicht und die Erstattung der Beiträge nicht mehr

wie bisher an den Besuch der Institution Werkstatt zu koppeln, sondern an die in § 136 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 Satz 1 SGB IX definierte Werkstattfähigkeit“.

Unter den Leistungsträgern außerhalb der Sozialhilfe haben lediglich die Bundesagentur für Arbeit sowie Integrationsämter eine nennenswerte Zahl an Budgets zur Teilhabe am Arbeitsleben bewilligt.

Bei den Integrationsämtern stehen Leistungen der Arbeitsassistenz nach § 102 Abs. 4 SGB IX im Vordergrund. Da diese Leistungen bereits weitgehend pauschaliert und als Geldleistung gestaltet sind, ist eine Überführung in ein Persönliches Budget naheliegend (vgl. BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER INTEGRATIONSÄMTER UND HAUPTFÜRSORGESTELLEN 2005, 39).

Die Bundesagentur für Arbeit bewilligte in der Modellerprobungsphase ab Sommer 2006 Persönliche Budgets. Grundlage dafür war und ist die Handlungsempfehlung/Geschäftsanweisung, die seit 20.6.2006 im Zuständigkeitsbereich der Bundesagentur anzuwenden ist. Budgetfähig sind danach grundsätzlich alle Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, soweit sie in die Zuständigkeit der Bundesagentur fallen. In der konkreten Umsetzung werden bislang vor allem Budgets im Leistungsbereich der beruflichen Bildung gestaltet. Die Budgetnehmer/innen finanzieren damit berufsbildende Maßnahmen außerhalb der „üblichen“ Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen wie individuelle Unterstützung im Rahmen eines betrieblichen Praktikums und sog. begleitende Hilfen (Kfz-Hilfen etc.).

Gemessen an der quantitativen Bedeutung dieses Leistungssegments im gesamten Spektrum der Rehabilitation ist davon auszugehen, dass die Möglichkeiten des Persönlichen Budgets zur Teilhabe am Arbeitsleben noch nicht ausgeschöpft sind. Eine entsprechende Umsetzung scheint – wie vor allem das Beispiel der Bundesagentur zeigt – vor allem von einem aktiven Handeln der Leistungsträger abzuhängen. Bezogen auf den Leistungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen werden ergänzend dazu Regelungen zu den bereits angesprochenen sozialversicherungsrechtlichen Fragen erforderlich sein, ebenso aber auch Differenzierungen des Leistungsangebotes der Einrichtungen.

Trägerübergreifende Persönliche Budgets

Trägerübergreifende Persönliche Budgets bieten sich nach den bislang vorliegenden Erkenntnissen vor allem bei folgenden Leistungskonstellationen an:

- Leistungen der Eingliederungshilfe (SGB XII) und Leistungen der Pflege (SGB XI)
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (SGB XII) und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (vor allem Bundesagentur für Arbeit, Integrationsamt), eventuell ergänzt um Leistungen zur Pflege.

Zwischen diesen Leistungen und Leistungsträgern scheinen die größten Schnittmengen zu bestehen, sowohl leistungsrrechtlich als auch realiter.

In Bezug auf die Einbeziehung von Pflegeleistungen im Rahmen des SGB XI bestehen jedoch noch deutliche leistungsrrechtliche Hürden. Grundsätzlich beschränken sich die budgetfähigen Leistungen nach SGB XI auf Leistungen nach §§ 36, 37 Abs. 1, §§ 38, 40 Abs. 2 und § 41 SGB XI. Dem Grundgedanken des Persönlichen Budgets nahe stehen dabei jedoch nur das „Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegekräfte“ sowie die „Pflegehilfsmittel und

technischen Hilfen“, die als Geldleistung gestaltet werden können. Die für Pflegesachleistungen sowie Tages- und Nachtpflege vorgesehene Gutscheinelösung wird dagegen in der Praxis nur sehr verhalten in Anspruch genommen, da ein Vorteil gegenüber der klassischen Sachleistung insbesondere für Budgetnehmer/innen nicht erkennbar ist.

Die dokumentierten trägerübergreifenden Budgets in diesem Bereich sind daher vielfach durch „Hilfskonstruktionen“ gekennzeichnet: Es wird auf die Vergabe von Gutscheinen verzichtet, die Abrechnung der Pflegeleistungen erfolgt direkt zwischen Leistungserbringer und Pflegekasse (in Abstimmung z.B. mit dem Sozialhilfeträger als Beauftragtem). In anderen Fällen wird die Pflegesachleistung durch das Pflegegeld ersetzt, mit der Folge, dass eine Bedarfsdeckung nicht mehr erreicht werden kann bzw. durch ergänzende Leistungen der Hilfe zur Pflege (Sozialhilfeträger) sichergestellt werden muss.

Darüber hinaus lässt sich eine (noch begrenzte) Nachfrage nach Leistungen des SGB XI beobachten, die nach den geltenden Regelungen nicht in ein Persönliches Budget integriert werden können. Dies betrifft die Pflegeleistungsergänzung (§ 45a SGGG XI) sowie Leistungen der Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI). In einem dokumentierten Budget sind daneben Leistungen nach § 43a SGB XI integriert. Mit Blick auf eine mögliche Weiterentwicklung des SGB XI wäre daher zu prüfen, inwieweit die für das Persönliche Budget geltenden Regelungen den Erfordernissen der Praxis und der tatsächlichen Nachfrage angepasst werden können.

Insgesamt sind im Hinblick auf eine trägerübergreifende Kooperation jenseits leistungsrechtlicher Begrenzungen auch Schwierigkeiten darin zu vermuten, dass eine solche Kooperation nicht auf eine breite Erfahrungsbasis im Sachleistungsbereich zurückgreifen kann. Diese Vermutung stützt sich darauf, dass trägerübergreifende Budgetgestaltungen mit einem überdurchschnittlichen Bearbeitungsaufwand verbunden sind; dazu trägt bei, dass die beauftragten Leistungsträger in der Regel Ansprechpartner/innen bei anderen Leistungsträgern erst finden und für die Beteiligung werben müssen sowie dass parallele Zuständigkeiten vielfach zunächst verneint werden. Dieser Aufwand kann zudem im Rahmen der vorhandenen Personalressourcen nicht immer geleistet werden; auch im Rahmen der Modellerprobung mussten daher Prozesse trägerübergreifender Budgetgestaltungen gelegentlich abgebrochen werden. Zur Überwindung dieser Schwierigkeiten stehen keine „Patentlösungen“ zur Verfügung. Wesentlich erscheinen aber eine weitergehende Information aller Leistungsträger sowie die entsprechende Fortbildung der Mitarbeiter/innen. Darüber hinaus wäre zu überdenken, inwieweit die gemeinsamen Servicestellen in der Funktion der Anbahnung und Koordination trägerübergreifender Kooperation nicht stärker einbezogen werden könnten, wie es auch die im Rahmen der Modellerprobung erstellte Expertise zu verwaltungsbezogenen Fragestellungen nahelegt (vgl. RAMBØLL 2007). Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die Ausstattung der und der Zugang zu gemeinsamen Servicestellen den im SGB IX formulierten Anforderungen entspricht.

8.3 Gestaltung der Verwaltungsverfahren

Die Nachfrage nach Persönlichen Budgets durch Menschen mit Behinderung hängt entscheidend auch davon ab, wie transparent und nachvollziehbar die entsprechenden Zugangsregelungen gestaltet sind. Nicht nur der mögliche Funktionsgewinn hinsichtlich größerer Selbstbestimmung und flexiblerer Teilhabemöglichkeiten spielt eine Rolle, sondern auch, ob die Rahmenbedingungen dieser Leistungsform verständlich sind und ob der Weg zu ei-

nem Persönlichen Budget deutlich ist. Insgesamt stellt sich damit für die Verwaltungen der Leistungsträger die Aufgabe, für ein durchaus komplexes Instrument möglichst einfache und eindeutige Zugangsregelungen zu finden.

Die Anforderungen an Verwaltungsverfahren zählten entsprechend im Rahmen der Modellerprobung zu den zentralen Fragestellungen; die dabei gewonnenen Erfahrungen werden hier noch einmal in Hinblick auf künftige Anforderungen aufgegriffen.

Bearbeitungsdauer

Auf der Grundlage der rechtlichen Regelungen zur Gestaltung der Verwaltungsverfahren kann zunächst angenommen werden, dass die Bearbeitung eines entsprechenden Antrags klar strukturiert ist: „In sieben Schritten zum Persönlichen Budget“ fasst zum Beispiel die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben (ISL) den Verwaltungsprozess zusammen. WELTI/RUMMEL (2007, 34f.) ergänzen dies durch den Hinweis zu den Verfahrensdauern, die sich – bei Budgets in Einfachzuständigkeit – auf maximal drei Wochen (ohne Gutachten) bzw. bei trägerübergreifender Budgetgestaltung maximal fünf Wochen (zuzüglich der Dauer des trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahrens) erstrecken sollen.

Bereits die Analyse der tatsächlichen Bearbeitungsdauer von Budgetanträgen deutet jedoch darauf hin, dass diese Vorgaben offenkundig nicht einfach umzusetzen sind: Der durchschnittliche Bearbeitungszeitraum beträgt in den Modellregionen etwas mehr als drei Monate; auch wenn diese Bearbeitungsdauern im Projektverlauf teilweise deutlich gesenkt werden konnten, kann der zeitliche Rahmen in der Mehrzahl der Antragsbearbeitungen nicht eingehalten werden. „Stolpersteine“ im Verwaltungsablauf zeigen sich insbesondere im Kontext des SGB XII bei einer Neubeartragung von Leistungen. Bevor der Antrag auf ein Persönliches Budget bearbeitet werden kann, müssen die generellen Anspruchsvoraussetzungen (einschließlich einer Einkommens- und Vermögensprüfung) geklärt werden; darüber hinaus stellt sich vielfach die für die Bedarfsfeststellung und vor allem Budgetbemessung wichtige Frage, auf welche inhaltlichen Leistungen ein Anspruch besteht und „wie hoch die Kosten der ohne das Budget zu bewilligenden Leistungen“ sind bzw. wären. Die Klärung dieser Fragen stellt daher einen zentralen Ansatzpunkt für die „Kundenfreundlichkeit“ des Verwaltungsverfahrens dar.

Bedarfsfeststellung und Budgetbemessung

Die an der Modellerprobung beteiligten Regionen bzw. Leistungsträger nutzen für die Bedarfsfeststellung und Budgetbemessung die bereits verfügbaren, für den Sachleistungsbe-
reich entwickelten Verfahren und Instrumentarien. Grundlage der Bedarfsfeststellung im Bereich der Sozialhilfe sind damit eingeführte Verfahren wie der IBRP der Aktion Psychisch Kranke, das HMB-Verfahren sowie Instrumente zur Individuellen Hilfeplanung. Diese wurden jeweils – soweit erforderlich – für die Anforderungen des Persönlichen Budgets modifiziert; dazu zählte vor allem der Verzicht auf eine Bedarfsgruppenbildung (außer in einer Modellregion), die durch Feststellungen des individuellen Bedarfs (vorwiegend in Stunden/Woche) ersetzt wurde. Daran lässt sich eine Bemessung des Budgets in der Regel nahtlos anschließen; Voraussetzung ist lediglich, dass die erforderlichen Unerstützungszeiten monetär bewertet werden (z.B. durch Fachleistungsstunden oder Honorarsätze).

Dieser Weg ist vor allem in der Einführungsphase ausgesprochen positiv zu bewerten; nur mit dem Verzicht auf eine völlige Neuentwicklung der Verfahrensgrundlagen konnte ein zeitnaher Einstieg in die Budgetbewilligung gelingen.

Im weiteren Verlauf der Erprobungsphase entwickelten sich aus diesen Grundansätzen zunehmend individuellere Budgetkalkulationen. Auf der Basis einer detaillierten Bedarfsfeststellung wurde dabei z.B. in Fachleistungsstunden, Assistenzleistungen, eher pauschalisierte Budgetbestandteile („Beträge zur freien Verfügung“) sowie Kosten für die Nutzung allgemein verfügbarer Angebote (Bildung, Sport, Kultur etc.) differenziert. Übergeordnet definierte Bemessungsregelungen wurden vielfach einzelfallspezifisch um weitere Leistungen ergänzt. Als Vorteil dieser Herangehensweise kann beobachtet werden, dass die Budgetbemessung der spezifischen Lebenssituation und den Wünschen und Bedürfnissen der Leistungsberechtigten in hohem Maße gerecht wird. Als eher nachteilig hingegen ist zum einen einzuschätzen, dass diese Ansätze nur bedingt transparent sind. Zudem können sie dazu führen, dass in kurzen Zeitabständen Korrekturen der Budgetbemessung vorgenommen werden müssen. Darüber hinaus sind diese differenzierten und individuellen Budgetkalkulationen stets nur in Verbindung mit der Festlegung spezifischer Unterstützungssettings – an die in der Regel auch die Nachweisführung gebunden ist – möglich. Sie führen konsequent zu Zielvereinbarungen, die nur geringe bis gar keine Spielräume der Budgetnutzung ermöglichen. Am deutlichsten wird dies in den Zielvereinbarungen, die über die Benennung des konkreten zeitlichen Unterstützungsbedarfs hinaus auch bereits die zu nutzenden Dienste und Einrichtungen (zum Teil namentlich) aufführen. Änderungen in diesen Settings müssen entsprechend bereits während der Laufzeit von Zielvereinbarungen zwischen Leistungsträgern und Leistungsberechtigten erneut abgeklärt werden.

Auf der Grundlage dieser Erfahrungen sollte eine Weiterentwicklung sowohl der Bedarfsfeststellung als auch der Budgetbemessung bedacht werden. Mit der Intention einer Ergänzung und weitgehenden Vereinheitlichung der eingesetzten Verfahren zur Bedarfsermittlung könnte dabei die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO (2001) als Referenzrahmen für die einzubeziehenden Teilhabebereiche dienen. Zudem bietet eine Verständigung auf das Konzept der ICF am ehesten die Chance, trägerübergreifend Bedarfslagen in den Blick nehmen zu können. Zum anderen sollten sich die Regelungen der Budgetbemessung vor allem von den Gedanken leiten lassen, einerseits eine Bedarfsdeckung zu ermöglichen, andererseits aber auch tatsächliche Spielräume der Budgetnutzung zu ermöglichen. Hierzu erscheint es sinnvoll, die jeweiligen Teilhabebereiche mit differenzierten, in sich gestuften (Teil-)Pauschalen zu hinterlegen. Wie z.B. der Vorschlag aus der Modellregion Schleswig-Holstein verdeutlicht, legt dies eine Adaptation des niederländischen Wegs der Budgetbemessung nahe (vgl. Kap. 4.3), mit der Einschränkung, dass die dort im Mittelpunkt stehenden Pflegeleistungen und haushaltsnahen Dienstleistungen im Kontext der Eingliederungshilfe nicht nahtlos übernommen werden dürfen.

Zielvereinbarungen

Weiterer Entwicklungsbedarf lässt sich aus den Erfahrungen ableiten, die bei der Gestaltung der Zielvereinbarungen gewonnen werden konnten: In Bezug auf die Kernelemente der Zielvereinbarung – die Formulierung der individuellen Förder- und Leistungsziele, die Regelungen der Nachweiserbringung, die Qualitätssicherung – wurden in den Modellregionen unterschiedliche Gestaltungsoptionen erprobt:

- Die Formulierung der individuellen Förder- und Leistungsziele umfasst eher allgemein gehaltene Zweckbestimmungen, die sich an den grundlegenden Intentionen des Persönlichen Budgets orientieren, ebenso wie sehr detaillierte Absprachen, z.B. welche Verselbstständigungsprozesse in welchem Zeitrahmen stattfinden sollen. Insbesondere eine solche Form der Selbstverpflichtung von Budgetnehmer/innen, bestimmte Fähigkeiten und Fertigkeiten zu entwickeln, erscheint nur vor dem Hintergrund einer über die übliche Bedarfsfeststellung hinausgehenden Beratung und Planung tragfähig. Sie sollten daher nur dann in Zielvereinbarungen Eingang finden, wenn der entsprechende fachliche und methodische Kontext (z.B. im Rahmen von Zukunftsplanungen) gegeben und die umfassende Partizipation des/der Leistungsberechtigten sichergestellt sind. Als unproblematisch erweisen sich dagegen Formulierungen, die auf das Erreichen eines formalen Ziels (z.B. der Abschluss einer spezifischen Ausbildung) gerichtet sind.
- Die Regelungen dazu, ob und ggf. welche Nachweise der Budgetnutzung zu erbringen sind, werden von recht detaillierten Nachweisverpflichtungen dominiert, in denen die Vorlage von Quittungen, Rechnungen, Kontoauszügen etc. vereinbart wird. Lediglich vereinzelt wird auf einen Nachweis explizit verzichtet, in weiteren Regelungen sind eher pauschale Bestätigungen der zweckentsprechenden Verwendung des Budgets vorgesehen. Insgesamt legt die Mehrheit der hier bestehenden Regelungen den Eindruck einer recht bürokratischen Handhabung nahe. Eine Alternative dazu könnten die „Vorläufigen Handlungsempfehlungen“ der BAR (2006) darstellen, nach denen als Nachweis die Leistungsvereinbarungen zwischen Budgetnehmer/innen und Leistungserbringern dienen könnten.
- In Fragen der Qualitätssicherung werden im Wesentlichen zwei alternative Wege beschritten: Es werden einerseits regelmäßige Auswertungsgespräche zwischen Leistungsträger und Budgetnehmer/in vereinbart, im Rahmen derer die Wirkung des Persönlichen Budgets auf die Lebenssituation des betreffenden Menschen sowie seine Zufriedenheit mit den erhaltenen Leistungen thematisiert werden. Andererseits sehen die Regelungen Stellungnahmen von Fachdiensten und/oder Leistungserbringern vor, für die in manchen Fällen auch der im Sachleistungsbereich gängige Begriff des „Entwicklungsberichts“ verwendet wird. Unter dem Gesichtspunkt der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung sind an „Ergebnisqualität“ orientierte Verfahren zu präferieren, die der Selbsteinschätzung der Budgetnehmer/innen Raum geben. Dies lässt sich auch als Trialog gestalten, in dem die Bewertung der Wirkungen Persönlicher Budgets jeweils aus der Perspektive der Budgetnehmer/innen, ihrer unterstützenden Dienste sowie der Leistungsträger erfolgt. Von „Entwicklungsberichten“ ist hingegen eher abzuraten.
- Insgesamt kritisch zu beurteilen sind die in der Mehrzahl der Zielvereinbarungen enthaltenen Regelungen zur Mittelverwendung, die auch dem Aspekt der Qualitätssicherung zuzuordnen sind. Zu wenig Spielraum liegt vor allem dann vor, wenn der Leistungserbringer bereits konkret festgelegt wird; wird dies zudem verbunden mit sog. „Abtretungserklärungen“, kann von einem Persönlichen Budget im eigentlichen Sinne nicht mehr gesprochen werden. Mit dem Grundgedanken des Persönlichen Budgets im Einzelfall durchaus vereinbar erscheinen hingegen Verpflichtungen, für die Unterstützung insgesamt oder in Teilen spezifisch qualifizierte Dienstleister in Anspruch zu nehmen.

Die Mehrzahl der in den Modellregionen abgeschlossenen Zielvereinbarungen enthält über die gesetzlichen Mindestvorgaben hinausgehende Regelungen. Dazu zählen z.B. Aussagen zu den Rechtsgrundlagen, zu den Kündigungsmodalitäten, zur Budgethöhe, zu Erfordernissen der Beratung und Unterstützung, zum Umgang mit nicht verwendeten Budgetmitteln etc. Im Interesse eines überschaubaren Dokuments sollten sich die Regelungen insgesamt auf wesentliche Erfordernisse konzentrieren. Als sinnvoll und bedeutsam aus Perspektive der Budgetnehmer/innen erweisen sich dabei insbesondere die Regelungen zur Kündigung (einschließlich des Hinweises auf eine stets mögliche Rückkehr zur Sachleistung), zum Umgang mit „Budgetresten“ sowie den Beratung und Unterstützung („Budgetassistenz“) leistenden Personen und Stellen sowie deren Aufgaben und Verpflichtungen.

Insgesamt zeigen die Erfahrungen des Modellprojekts „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“ vielfältige Möglichkeiten einer Optimierung dieser Leistungsform auf. Auch nach dieser Phase der Modellerprobung bestehen Anforderungen an die Gestaltung der Rahmenbedingungen, die noch nicht erfüllt sind. Ebenso wie im Sachleistungsbereich wird allerdings nicht zu erwarten sein, dass die „ideale Lösung“ zu einem definierten Zeitpunkt gefunden sein wird. Vielmehr handelt es sich hier wie dort um Entwicklungsprozesse, die kontinuierlich auf das Ziel ausgerichtet sein müssen, die Chancen für Selbstbestimmung und Teilhabe behinderter Menschen zu erweitern.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Leistungsbeziehungen nach dem Sachleistungsprinzip	27
Abbildung 2: Leistungsbeziehungen im Rahmen eines Persönlichen Budgets	28
Abbildung 3: Mögliche Leistungsträger Persönlicher Budgets	29
Abbildung 4: Beispiel für eine Komplexleistung „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“	29
Abbildung 5: Koordination und Kooperation beteiligter Leistungsträger bei der Ausführung eines (trägerübergreifenden) Persönlichen Budgets (nach § 17 SGB IX und BudgetV)	31
Abbildung 6: Verankerung des Persönlichen Budgets in den einzelnen Leistungsgesetzen	32
Abbildung 7: Untersuchungsbereiche der wissenschaftlichen Begleitforschung	39
Abbildung 8: Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung	59
Abbildung 9: Entwicklung der Budgetzahlen in den Modellregionen (Oktober 2004 bis Mai 2007) ...	80
Abbildung 10: Anzahl der im Projektverlauf jeweils im Quartal neu bewilligten Budgets	81
Abbildung 11: Budgetnehmer/innen nach Altersklassen (n=825)	82
Abbildung 12: Budgetnehmer/innen nach Behinderungsarten (n=845)	82
Abbildung 13: Bewilligte Budgets nach (vorrangiger) Behinderungsart und Modellregion	83
Abbildung 14: Budgetnehmer/innen nach Grad der Behinderung (n=784)	84
Abbildung 15: Budgetnehmer/innen nach Pflegebedarf/ anerkannter Pflegestufe (n=809)	84
Abbildung 16: Häufigkeit der genannten Unterstützungsbedarfe nach Lebensbereichen (Mehrfachantworten möglich) (n=174)	85
Abbildung 17: Schulbildung und Berufsabschlüsse der Budgetnehmer/innen	86
Abbildung 18: Wohnsituation der Budgetnehmer/innen zum Zeitpunkt der Budgetbeantragung (in %; n=825)	88
Abbildung 19: Berufliche Situation der Budgetnehmer/innen nach Art der Behinderung (n=845)	89
Abbildung 20: Anzahl der Leistungen im Budget (in und außerhalb der Modellregionen; n=813; Angaben in %)	91
Abbildung 21: Anzahl der Leistungen in trägerübergreifenden Persönlichen Budgets (in und außerhalb der Modellregionen; n=44; Angaben in %)	94
Abbildung 22: Beispiel für eine Komplexleistung mit fünf Leistungen von zwei Leistungsträgern	95
Abbildung 23: Beispiel für eine Komplexleistung mit sechs Leistungen von fünf Leistungsträgern	95
Abbildung 24: Budgetnehmer/innen mit trägerübergreifenden Budgets nach Art der Behinderung (in und außerhalb der Modellregionen; n=43)	99
Abbildung 25: Vergleich vorheriger Leistungsbezug und transformierte Leistungen im Bereich der Sozialhilfe (Modellregionen)	104
Abbildung 26: Verteilung der Budgethöhen in Klassen in und außerhalb der Modellregionen (in %)	106
Abbildung 27: Verteilung der Budgethöhen nach Art der Behinderung (Boxplot)	110
Abbildung 28: Bewilligte, abgelehnte und zurückgezogene Anträge nach Modellregionen (n=420) ..	113
Abbildung 29: Zurückgezogene und abgelehnte Anträge nach Behinderungsart der Antragsteller/innen	114
Abbildung 30: Bewilligte, abgelehnte und zurückgezogene Anträge nach Behinderungsart der Antragsteller/innen (n=589)	114
Abbildung 31: Gründe für ausgelaufene/ eingestellte Budgets (n=40)	115
Abbildung 32: Verfahrensablauf vom Antrag auf Teilhabeleistungen bis zur Bewilligung	122
Abbildung 33: Dauer der Antragsbearbeitung in den Modellregionen und Regionen außerhalb	124

Abbildung 34: Dauer der Antragsbearbeitung im Zeitvergleich (Modellregionen und Regionen außerhalb)	125
Abbildung 35: Dauer der Antragsbearbeitung in Tagen in den Modellregionen Bayern (Mittelfranken), Berlin (Friedrichshain-Kreuzberg) und Rheinland-Pfalz im Zeitvergleich (n=227).....	126
Abbildung 36: Jeweilige Dauer aller fallbezogenen Aktivitäten pro bewilligtem Budget (Angaben in Prozent)	131
Abbildung 37: Aufwand der Fallaktivitäten in Minuten nach Zeitpunkt der Antragstellung (Modellregionen, n=458)	132
Abbildung 38: Aufwand der Fallaktivitäten in Minuten nach Zeitpunkt der Antragstellung (Modellregionen ohne Schleswig-Holstein und München/Oberbayern, n=401).....	133
Abbildung 39: Konzeptioneller Rahmen einer funktionsbezogenen Bedarfsfeststellung.....	139
Abbildung 40: Erstinformation der Budgetnehmer/innen (Mehrfachnennungen möglich; n=249; Angaben in % der Nennungen)	160
Abbildung 41: Zufriedenheit mit der Erstinformation und -beratung nach Modellregionen (n=187; Angaben in % der Befragten in den jeweiligen Regionen).....	161
Abbildung 42: Verwaltung des Persönlichen Budgets (n=185).....	164
Abbildung 43: Budgetverwaltung nach der vorrangigen Behinderungsart der Budgetnehmer/innen (n=169; Angaben in % der jeweiligen Behinderungsart).....	165
Abbildung 44: Personen, die Unterstützung bei der Verwaltung des Persönlichen Budgets leisten bzw. das Budget stellvertretend verwalten (n=120; Angaben in %).....	165
Abbildung 45: Anteil der entgeltlichen Unterstützung bei der Budgetverwaltung nach der diese Unterstützung leistenden Stelle (n=120; Angaben in % der jeweiligen Stelle)	166
Abbildung 46: Entscheidungsgewalt über das Budget nach Behinderungsart der Budgetnehmer/innen (n=196; Angaben in % der jeweiligen Behinderungsart).....	167
Abbildung 47: Aufgabenbereiche der gesetzlichen Betreuung (n=32; Mehrfachantworten möglich; Angaben in % der befragten Betreuer/innen).....	170
Abbildung 48: Rolle der gesetzlichen Betreuung im Budgetverfahren (n=30; Mehrfachantworten möglich; Angaben in % der befragten Betreuer/innen)	170
Abbildung 49: Budgetbezogener Betreuungsaufwand in Stunden pro Monat (n=50; Angaben in Anzahl der betreuten Budgetnehmer/innen)	171
Abbildung 50: Vorteile des Persönlichen Budgets aus Sicht der gesetzlichen Betreuer/innen (n=28).....	172
Abbildung 51: Organisationsform der Unterstützung (n=191).....	190
Abbildung 52: Organisation der Unterstützung nach Behinderungsart der Budgetnehmer/innen (n=173)	192
Abbildung 53: Budgetverwendung – „Was bezahlen Sie mit dem Budget? (n=191; Mehrfachantworten, Anzahl der Nennungen)	193
Abbildung 54: Zugangswege zu/ Vermittlung von Leistungserbringern (n=191; Mehrfachantworten; Angaben in Prozent).....	195
Abbildung 55: Kriterien zur Auswahl der Leistungserbringer (n=191; Mehrfachantworten; Angaben in Prozent)	196
Abbildung 56: Informationstätigkeit der Leistungsanbieter nach eigenem Informationsstand (n=96)	198
Abbildung 57: Kalkulation der Preise für budgetfinanzierte Leistungen (n=29)	202
Abbildung 58: Bewertung des Persönlichen Budgets durch Leistungsanbieter (n=84)	202
Abbildung 59: Veränderungen im Leben seit Erhalt des Persönlichen Budgets (Angaben in Prozent; n=190)	214
Abbildung 60: Verbesserungen im Leben seit Erhalt des Persönlichen Budgets (Anzahl der Nennungen) (Mehrfachnennungen, n=283).....	215

Abbildung 61: Verbesserungen im Leben seit Erhalt des Persönlichen Budgets, prozentuale Anteile an den Nennungen nach Art der Behinderung (Mehrfachnennungen)	218
Abbildung 62: Nachteile des Persönlichen Budgets aus Sicht der Budgetnehmer/innen (Anzahl der Nennungen, Mehrfachantworten, n=130).....	219
Abbildung 63: Bewertungen des Persönlichen Budgets aus Sicht der Budgetnehmer/innen in der Zusammenschau (Angabe in %)	221

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über Modellversuche zum Persönlichen Budget bis zum Jahre 2005.....	35
Tabelle 2: Übersicht der Modellregionen	42
Tabelle 3: Schwerbehinderte Menschen am 31.12.2005 nach Regionen (vgl. BAYERISCHES LANDESAMT FÜR STATISTIK UND DATENVERARBEITUNG 2006, 44f.)	43
Tabelle 4: Schwerbehinderte Menschen am 31.12.2003 nach Bezirken (vgl. STATISTISCHES LANDESAMT BERLIN 2004, 22).....	46
Tabelle 5: Anzahl aller realisierten Befragungen und Rücklaufquote	68
Tabelle 6: Anzahl der befragten Personen nach Modellregionen.....	68
Tabelle 7: Personen- und budgetbezogene Merkmale aller Budgetnehmer/innen und der befragten Budgetnehmer/innen im Vergleich	69
Tabelle 8: Befragungspersonen nach Befragungsart	69
Tabelle 9: Anzahl der Budgetnehmer/innen in der Erstbefragung und der Wiederholungsbefragung	70
Tabelle 10: Anzahl der wiederholt befragten Personen nach Modellregionen	71
Tabelle 11: Teilnehmer an der Befragung der Leistungsträger nach Modellregionen.....	72
Tabelle 12: Anzahl der befragten Leistungsanbieter nach Modellregion.....	73
Tabelle 13: Befragte Leistungsanbieter in den Modellregionen nach Anzahl der Nutzer/innen	73
Tabelle 14: Anzahl der analysierten Zielvereinbarungen nach Modellregionen	75
Tabelle 15: Anzahl der bewilligten Budgets in den Modellregionen.....	78
Tabelle 16: Anzahl der bewilligten Budgets in Regionen außerhalb der Modellprojekte.....	78
Tabelle 17: Anzahl der bewilligten Budgets nach beteiligten Leistungsträgern (n=847)	90
Tabelle 18: Bewilligte Leistungen (n=813; Mehrfachnennungen möglich)	93
Tabelle 19: Trägerübergreifende Budgets nach Leistungsträgern und Leistungskombinationen	98
Tabelle 20: Leistungsbezug vor Beantragung eines Persönlichen Budgets.....	100
Tabelle 21: Art und Häufigkeit der Leistungen, die vor Beantragen eines Persönlichen Budgets bezogen wurden, in den Modellregionen (n=347) und außerhalb der Modellregionen (n=261) (Mehrfachnennungen möglich)	102
Tabelle 22: Leistungsbezug neben dem Persönlichen Budget (Dokumentation)	102
Tabelle 23: Ergänzende Leistungen zum Persönlichen Budget nach Art und Häufigkeit (Mehrfachnennungen möglich).....	103
Tabelle 24: Höhe der monatlichen Budgets: Arithmetisches Mittel, Median, Standardabweichung, Minimum und Maximum (in €; n=837).....	105
Tabelle 25: Gründe für die Budgetanpassung aus Sicht der Leistungsträger und der Budgetnehmer/innen	107
Tabelle 26: Durchschnittliche monatliche Budgethöhe nach Anzahl der bewilligten Leistungen bzw. Budgets in Einfachzuständigkeit/ trägerübergreifend (in €; n=834)	108

Tabelle 27:	Durchschnittliche monatliche Budgethöhe nach Anzahl der bewilligten Leistungen und Einfachzuständigkeit/ trägerübergreifend (in €)	108
Tabelle 28:	Budgets nach (Teil-)Leistungen: Arithmetisches Mittel, Minimum, Maximum, Standardabweichung (in €)	109
Tabelle 29:	Monatliche Budgethöhe nach Behinderungsart der Budgetnehmer/innen: Mittelwert und Standardabweichung (in €; n=778)	109
Tabelle 30:	Durchschnittliche monatliche Budgethöhe nach Einfachzuständigkeit/ trägerübergreifend und Behinderungsart	111
Tabelle 31:	Einmalzahlungen in den Modellregionen und den Regionen außerhalb der Modellprojekte	112
Tabelle 32:	Dauer der Antragsbearbeitung nach Zusammensetzung des Budgets (Modellregionen und Regionen außerhalb).....	125
Tabelle 33:	Fallaktivitäten nach inhaltlicher Relevanz in den Modellregionen.....	128
Tabelle 34:	Zeitlicher Aufwand nach inhaltlicher Relevanz in den Modellregionen.....	128
Tabelle 35:	Aktivitäten mit Kontakten zu anderen Akteuren nach zeitlichem Aufwand (Mehrfachnennungen)	129
Tabelle 36:	Fallaktivitäten und Zeitaufwand nach inhaltlicher Relevanz sowie Beteiligung der Antragsteller/innen	130
Tabelle 37:	Zeitlicher Aufwand der Antragsbearbeitung nach Zusammensetzung des Budgets (Modellregionen und Regionen außerhalb).....	132
Tabelle 38:	Bedarfsbereiche in Instrumenten zur Bedarfsermittlung in der Eingliederungshilfe im Vergleich zu ICF-Kategorien	140
Tabelle 39:	Grundlagen der Budgetbemessung in den Modellregionen – „Stundensätze“	143
Tabelle 40:	Budgetpauschalen in Sachsen-Anhalt (Leistungen der Eingliederungshilfe im häuslichen Bereich).....	144
Tabelle 41:	Regelungen zur Qualitätssicherung (n=224).....	150
Tabelle 42:	Regelungen zur Mittelverwendung in den Zielvereinbarungen (n=224)	151
Tabelle 43:	Personen mit budgetbezogenem Unterstützungsbedarf nach Behinderungsart (in %) in den Modellregionen (n=418)	158
Tabelle 44:	Personen mit budgetbezogenem Unterstützungsbedarf nach Behinderungsart (in %) in den Regionen außerhalb der Modellprojekte (n=334)	158
Tabelle 45:	Situationen des Beratungsbedarfs während des Budgetbezugs (n=64).....	163
Tabelle 46:	Zahl, Art und Zielgruppe des Wohnangebots in Berlin (Stand: 27.02.06; vgl. SENATSV ERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT, SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ 2006, 108ff.)	180
Tabelle 47:	Betreute Wohnformen für Menschen mit psychischer Erkrankung am 31.12.2005 in Berlin (vgl. SENATSV ERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT, SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ 2006, 112)	180
Tabelle 48:	Heime und betreute Wohnformen für volljährige Menschen mit Behinderung und vorhandene Plätze am 1. Juli 2006 nach Einrichtungsarten und Regierungsbezirken (vgl. BAYERISCHES LANDESAMT FÜR STATISTIK UND DATENVERARBEITUNG 2007b, 6)	184
Tabelle 49:	Empfänger/innen von Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in Hessen im Laufe des Berichtsjahres 2005 (vgl. HESSISCHES STATISTISCHES LANDESAMT 2007c).....	187
Tabelle 50:	Wen bezahlen Sie mit dem Persönlichen Budget? (Mehrfachnennungen möglich, n=191)	192
Tabelle 51:	Von Budgetnehmer/innen nachgefragte Leistungen (Mehrfachantworten)	200
Tabelle 52:	Motive für die Beantragung eines Persönlichen Budgets	210

Tabelle 53:	Vorteile des Persönlichen Budgets aus Sicht der Budgetnehmer/innen.....	219
Tabelle 54:	Übersicht über Leistungen und Organisation der Unterstützung, Frau Brinkmann	223
Tabelle 55:	Übersicht über Leistungen und Organisation der Unterstützung, Herr Nolten	227
Tabelle 56:	Zusammensetzung des Persönlichen Budgets zur Teilhabe am Arbeitsleben, Herr Zimmer	230
Tabelle 57:	Übersicht über Unterstützungsbedarfe, Leistungen und Organisation der Hilfen Frau Heiting	234
Tabelle 58:	Übersicht über Unterstützungsbedarfe, Leistungen und Organisation der Unterstützung von Herrn Ronzon	236

Literatur

- BAUR, Fritz (2004): Budgetfähige Leistungen und Qualitätssicherung. In: Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe; Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hg.): Trägerübergreifendes Budget. Dokumentation der Fachtagung am 3./4. Juni 2004. (online) <http://www.lwl.org/LWL/Soziales/BAGues> (S. 79-81).
- BAYERISCHES LANDESAMT FÜR STATISTIK UND DATENVERARBEITUNG (2006a): Statistisches Jahrbuch für Bayern 2006.
- BORTZ, Jürgen; DÖRING, Nikola (1995): Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. Berlin.
- BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER INTEGRATIONSÄMTER UND HAUPTFÜRSORGESTELLEN (Hg.) (2005): ABC. Behinderung und Beruf. 2. Aufl. Wiesbaden.
- BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER ÜBERÖRTLICHEN TRÄGER DER SOZIALHILFE (BAGÜS) (2005): Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGÜS) zur Einbeziehung von Werkstattleistungen in ein trägerübergreifendes persönliches Budget vom 01.07.2005.
- CON_SENS (2005): Bestands- und Bedarfserhebung Wohnen für Menschen mit einer Behinderung in Berlin. November 2005. Hamburg.
- CON_SENS (o. J.): Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2003 und 2004. Hamburg.
- DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE E.V. (2007): Verwirklichung selbstbestimmter Teilhabe behinderter Menschen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung zentraler Strukturen in der Eingliederungshilfe, DV 13/2007 AF IV, 13. Juni 2007.
- DEUTSCH-ISRAELISCHER VEREIN FÜR REHABILITATION UND SOZIALE EINGLIEDERUNG FÜR BEHINDERTE UND VON BEHINDERUNG BEDROHTE MENSCHEN GIEßEN E.V., INDIPRO (2007): Zwischenbericht Individuelle Begleitung von BudgetnehmerInnen mit geistiger Behinderung in den Modellregionen Marburg-Biedenkopf und Groß-Gerau. Gießen.
- GITSCHMANN, PETER (2000): Persönliche Budgets für behinderte Menschen in Hamburg – Konzeptentwicklung für eine modellhafte Erprobung. Hamburg (Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales – Amt für Soziales und Rehabilitation).
- KAAS, SUSANNE (2001): Modellprojekt Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß für Behinderte, Kurzfassung. Hrsg. vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz. Mainz.
- KAAS, Susanne (2002): Persönliches Budget für behinderte Menschen. Evaluation des Modellprojektes „Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß für behinderte Menschen“ in Rheinland-Pfalz. Baden-Baden.
- KASTL, Jörg M.; METZLER, Heidrun (2005): Modellprojekt Persönliches Budget für Menschen mit Behinderung in Baden-Württemberg. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. Hrsg. vom Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg. Stuttgart.
- KOALITIONSVERTRAG CDU, CSU, SPD (2005): „Gemeinsam für Deutschland – mit Mut und Menschlichkeit“, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 11.11.2005. (online) www.bundesregierung.de/Content/DE/___Anlagen/koalitionsvertrag.html.

- MINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES, FAMILIE UND GESUNDHEIT DES LANDES RHEINLAND-PFALZ (2004): Bericht an den Landtag. (online) http://masfg.rlp.de/Soziales/dokumente/Bericht_HilfenachMaß.pdf.
- RAMBØLL MANAGEMENT GMBH (2007): Expertise zu Verwaltungsverfahren beim trägerübergreifenden Persönlichen Budget – Bericht. Unveröffentl. Manuskript.
- SCHÄFERS, Markus; SCHÜLLER, Simone; WANSING, Gudrun (2005): Mit dem Persönlichen Budget arbeiten. In: Bieker, Rudolf (Hg.): Teilhabe am Arbeitsleben. Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung. Stuttgart, S. 81-97.
- SCHÄFERS, Markus; WACKER, Elisabeth; WANSING, Gudrun (2007): Persönliches Budget im Wohnheim. Wiesbaden (*in Vorbereitung*).
- SOZIALPÄDAGOGISCH-MEDIZINISCHER FACHDIENST DES BEZIRKS MITTELFRANKEN (2007): Verzeichnis stationärer Einrichtungen für seelisch behinderte Menschen, Stand: März 2007. Erlangen.
- UNFALLVERSICHERUNGSTRÄGER DER ÖFFENTLICHEN HAND (2006): Das Persönliche Budget – Praktische Handlungshilfen für die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand, Stand 20.06.2006.
- WACKER, Elisabeth; WANSING, Gudrun; SCHÄFERS, Markus (2005): Personenbezogene Unterstützung und Lebensqualität. Teilhabe mit einem Persönlichen Budget. Wiesbaden.
- WELTI, Felix; RUMMEL, Kerstin (2007): Rechtsfragen des Persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX – Gutachten im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der modellhaften Erprobung Persönlicher Budgets nach § 17 Abs. 6 SGB IX. Unveröffentl. Manuskript.
- WINDHEUSER, Jochen; AMMAN, Wiebke; WARNKE, Wiebke (2006): Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellvorhabens zur Einführung Persönlicher Budgets für Menschen mit Behinderung in Niedersachsen. (online) <http://cdl.niedersachsen.de>.
- WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITFORSCHUNG (2006): Wissenschaftliche Begleitforschung zur Umsetzung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – Begleitung und Auswertung der Erprobung trägerübergreifender Persönlicher Budgets. Zwischenbericht Oktober 2006. (online) <http://www.projekt-persoennes-budget.de>.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO) (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health. Genf.

Internetquellen

AMT FÜR STATISTIK UND WAHLEN DER LANDESHAUPTSTADT DÜSSELDORF (2007): <http://www.duesseldorf.de>.

BAGÜS – BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER ÜBERÖRTLICHEN TRÄGER DER SOZIALHILFE (2006): Der Behinderungsbegriff nach SGB IX und SGB XII und dessen Umsetzung in der Sozialhilfe. Vorläufige Orientierungshilfe für die Feststellungen der Träger der Sozialhilfe zur Ermittlung der Leistungsvoraussetzungen nach dem SGB XII i.V. m. der Eingliederungshilfe-Verordnung (EHVO) mit Hinweisen zu Schnittstellen zu anderen Sozialleistungen. Stand: 25.01.2006: <http://www.deutscher-verein.de>.

BAG:WFBM (2005): Kommentar des BAG:WfbM-Arbeitskreises „Werkstattfinanzierung“ zur „Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGÜS) zur Einbeziehung von Werkstattleistungen in ein trägerübergreifendes persönliches Budget“ (vorläufige Fassung vom 12.09.05): <http://www.bagwfbm.de>.

BAR – BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (2004a): Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX, in welchen Fällen und in welcher Weise die Klärung der im Einzelfall anzustrebenden Ziele und des Bedarfs an Leistungen schriftlich festzuhalten ist (Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“): <http://www.bar-frankfurt.de>.

BAR – BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (2004b): Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 1 i.V.m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen (Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“): <http://www.bar-frankfurt.de>.

BAR – BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (2006): Vorläufige Handlungsempfehlungen „Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget“ (Stand 01.11.2006): <http://www.bar-frankfurt.de>.

BAYERISCHES LANDESAMT FÜR STATISTIK UND DATENVERARBEITUNG (2006): Statistische Berichte: Schwerbehinderte Menschen in Bayern am 31. Dezember 2005. <http://www.statistik.bayern.de>.

BAYERISCHES LANDESAMT FÜR STATISTIK UND DATENVERARBEITUNG (2007a): Statistische Berichte: Bevölkerungsstand Bayern am 31. Dezember 2006: <http://www.statistik.bayern.de>.

BAYERISCHES LANDESAMT FÜR STATISTIK UND DATENVERARBEITUNG (2007b): Statistische Berichte: Heime und betreute Wohnformen für volljährige Menschen mit Behinderung in Bayern (Stand 1. Juli 2006). <http://www.statistik.bayern.de>

BAYERISCHE STAATSKANZLEI BAYERN (2003): Fakten, Zahlen, Politik. <http://www.bayern.de>.

BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG, FAMILIE UND FRAUEN (2007): <http://www.stmas.bayern.de>.

BEHINDERTENBERATUNG DER STADT ERLANGEN (Hg.) (2005): Wegweiser für Menschen mit Behinderung: <http://www.erlangen.de>.

BERLINER ASSISTENZ VEREIN: <http://www.asl-berlin.de>.

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT WERKSTÄTTEN FÜR BEHINDERTE MENSCHEN E.V. (2007): <http://www.bagwfbm.de>.

CAFÉ 3B – INTEGRATIVE BERATUNGS- UND BEGEGNUNGSSTÄTTE FÜR BEHINDERTE:
<http://www.cafe3b.de>.

CARENETZ SERVICE: <http://www.carenetz.org>.

FAB E.V. – VEREIN ZUR FÖRDERUNG DER AUTONOMIE BEHINDERTER (2007): <http://www.fab-kassel.de>.

HESSISCHES STATISTISCHES LANDESAMT (2007a): Bevölkerungsstand in Hessen Ende 2006:
<http://www.statistik-hessen.de>.

HESSISCHES STATISTISCHES LANDESAMT (2007b): Schwerbehinderte Menschen in Hessen Ende 2006: <http://www.statistik-hessen.de>.

HESSISCHES STATISTISCHES LANDESAMT (2007c): Die Sozialhilfe in Hessen im Jahr 2005 sowie die Ergebnisse der Asylbewerberstatistik 2005, Teil II Empfänger (KI1 mit KVI 1-j/05).
<http://www.statistik-hessen.de>.

INDIPRO (2007): <http://www.projekt-indipro.de>.

INDIVIDUELLER BEHANDLUNGS- UND REHABILITATIONSPLAN (IBRP): <http://www.ibrp-online.de>.

INDIVIDUELLER HILFEPLAN (IHP): http://www.masfg.rlp.de/Soziales/Individuelle_Hilfeplanung.asp.

INTERESSENVERTRETUNG SELBSTBESTIMMT LEBEN E.V. (ISL): <http://www.isl-ev.de>

LANDESAMT FÜR DATENVERARBEITUNG UND STATISTIK NORDRHEIN-WESTFALEN (2007a):
<http://www.lds.nrw.de>.

LANDESAMT FÜR DATENVERARBEITUNG UND STATISTIK NORDRHEIN-WESTFALEN (2007b): Schwerbehinderte Menschen in Nordrhein-Westfalen am 31. Dezember 2005.
<http://www.lds.nrw.de>

MINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES, FAMILIE UND GESUNDHEIT DES LANDES RHEINLAND-PFALZ: Persönliche Budgets in Rheinland-Pfalz. http://www.masfg.rlp.de/Soziales/Menschen_mit_Behinderung/Übersicht_Budgets.pdf

MODELLPROJEKT PFLEGEBUDGET: <http://www.pflegebudget.de>

MODELLPROJEKTE TRÄGERÜBERGREIFENDES PERSÖNLICHES BUDGET: <http://projekt-persoeliches-budget.de>

PROJEKT „PERSÖNLICHES BUDGET UND LEBENSQUALITÄT (PERLE II): <http://www.fk-reha.uni-dortmund.de/Soziologie/PerLe2>.

SCHLESWIG-HOLSTEINISCHER LANDTAG (2007): Bericht des Landesregierung: Umsetzung des Landesausführungsgesetzes zum Sozialgesetzbuch XII (AG SGB XII), Drucksache 16/1409 vom 22.05.2007: <http://www.sh-landtag.de>.

SENATSVERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT, SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ BERLIN (2006): Bericht zur Lage der Menschen mit Behinderung und ihrer Teilhabe in Berlin – Behinderertenbericht 2006 gem. § 11 Gesetz über die Gleichbehandlung von Menschen mit und ohne Behinderungen (Landesgleichberechtigungsgesetz – LGBG), Berichtszeitraum: 2003 bis 2006: <http://www.berlin.de>.

SPITZENVERBÄNDE DER KRANKEN- UND PFLEGEKASSEN (2004): Empfehlungen der Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen zur Umsetzung des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets gemäß § 17 SGB IX vom 28. Juni 2004: <http://www.aok-gesundheitspartner.de>.

- STADT FÜRTH (Hg.) (2003): Fürth und Umgebung – Wegweiser für Menschen mit Behinderung in Fürth: <http://www.fuerth.de>.
- STATISTISCHES AMT FÜR HAMBURG UND SCHLESWIG-HOLSTEIN (2006): Pressemitteilung (Nr. 64/2006) am 12.05.2006: Behinderte in Hamburg und Schleswig-Holstein Ende 2005. <http://www.statistik-nord.de>.
- STATISTISCHES AMT FÜR HAMBURG UND SCHLESWIG-HOLSTEIN (2007): <http://www.statistik-nord.de>.
- STATISTISCHES LANDESAMT BERLIN (2004): Statistischer Bericht (K III 1-2j 03): Schwerbehinderte in Berlin am 31.12.2003. <http://www.statistik-berlin.de>.
- STATISTISCHES LANDESAMT BERLIN (2005): Statistischer Bericht (K I.1 j 04): Sozialhilfe in Berlin 2004: <http://www.statistik-berlin.de>.
- STATISTISCHES LANDESAMT BERLIN (2006): Pressemitteilung (094/06) vom 24.05.2006: In Berlin leben 308.800 Schwerbehinderte. <http://www.statistik-berlin.de>.
- STATISTISCHES LANDESAMT BERLIN (2007): <http://www.statistik-berlin.de>.
- STATISTISCHES LANDESAMT RHEINLAND-PFALZ (2006a): Pressemitteilung (Nr. 168) vom 13.10.2006 Bevölkerungszahl des Landes im ersten Halbjahr weiter rückläufig. <http://www.statistik.rlp.de>.
- STATISTISCHES LANDESAMT RHEINLAND-PFALZ (2006b): Statistische Berichte: Schwerbehinderte Menschen am 31. Dezember 2005. <http://www.statistik.rlp.de>
- STATISTISCHES LANDESAMT SACHSEN-ANHALT (2006a): Statistischer Bericht (AI, All j/06) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung und Natürliche Bevölkerungsbewegung 1990-2006. <http://www.stala.sachsen-anhalt.de>.
- STATISTISCHES LANDESAMT SACHSEN-ANHALT (2006b): Schwerbehinderte Menschen in Sachsen-Anhalt nach Kreisen und Jahren am 31.12.2006: <http://www.stala.sachsen-anhalt.de>.
- STATISTISCHES LANDESAMT SACHSEN-ANHALT (2007a): Bevölkerung insgesamt, Deutsche und Ausländer nach Kreisen am 31.12.2006: <http://www.stala.sachsen-anhalt.de>.
- STATISTISCHES LANDESAMT SACHSEN-ANHALT (2007b): Schwerbehinderte Menschen am 31.12.2005: <http://www.stala.sachsen-anhalt.de>.
- THÜRINGER LANDESAMT FÜR STATISTIK (2007): <http://www.tls.thueringen.de>.
- ZENTRUM FÜR PLANUNG UND EVALUATION SOZIALER DIENSTE: <http://www.zpe.uni-siegen.de>.
- ZENTRUM FÜR SELBSTBESTIMMTES LEBEN BEHINDERTER IN ERLANGEN: <http://www.zsl-erlangen.de>.
- ZENTRUM FÜR SELBSTBESTIMMTES LEBEN BEHINDERTER MENSCHEN MAINZ e.V.: <http://www.zsl-mainz.de>.